



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Relación entre eficiencia en la atención hospitalaria y
los costos generados por el Departamento de
Emergencia del Hospital Nacional Guillermo
Almenara Irigoyen. EsSalud. 2014-2018**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de
Servicios en Salud con mención en Seguridad Social en Salud

AUTOR

Carlos Orlando GARCÍA BUSTAMANTE

ASESOR

Dra. Maritza Dorila PLACENCIA MEDINA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

García C. Relación entre eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud. 2014-2018 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

1) CODIGO ORCID DEL AUTOR

CARLOS ORLANDO GARCIA BUSTAMANTE
0000-0002-2553-6050

2) CODIGO ORCID DEL ASESOR

MARITZA DORILA PLACENCIA MEDINA
0000-0003-3624-3461

3) DNI DEL AUTOR

08869625

4) GRUPO DE INVESTIGACION

FITOFARMACOS Y SALUD – FITOPERU
PERIODONCIA E IMPLANTES INVESTIGACION UNMSM - PERIOPER

5) INSTITUCION QUE FINANCIA PARCIAL O TOTALMENTE LA INVESTIGACION

NO APLICA

6) UBICACIÓN GEOGRAFICA DONDE SE DESARROLLO LA INVESTIGACIÓN, DEBE INCLUIR LOCALIDADES Y COORDENADAS GEOGRÁFICAS

PAIS: PERU

DEPARTAMENTO: LIMA

PROVINCIA: LIMA

DISTRITO: LA VICTORIA

DIRECCION: AV. GRAU 800

COORDENADAS GEOGRAFICAS: 12°3'34.44" S, 77°1'20.14" W

INSTITUCIÓN: HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

7) AÑO O RANGO DE AÑOS QUE LA INVESTIGACIÓN ABARCÓ

AÑOS 2014 AL 2018



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado
Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGISTER

En la ciudad de Lima, a los 15 días del mes de noviembre del año dos mil diecinueve siendo las 12:30 pm, bajo la presidencia del Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano con la asistencia de los Profesores: Dra. Martha Brigida Martina Chávez (Miembro), Dr. Carlos Alberto Saavedra Leveau (Miembro), Mg. Ronald Espiritu Ayala Mendivil (Miembro) y la Dra. Maritza Dorila Placencia Medina (Asesora); el postulante al Grado de Magister en Gerencia De Servicios De Salud con mención en Seguros y Seguridad Social en Salud, Bachiller en Medicina, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"RELACIÓN ENTRE EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y LOS COSTOS GENERADOS POR EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN. ESSALUD. 2014 - 2018"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Gerencia De Servicios De Salud con mención en Seguros y Seguridad Social en Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **B MUY BUENO 17**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD CON MENCIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD** al postulante **CARLOS ORLANDO GARCÍA BUSTAMANTE**.

Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 01:20 pm, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dra. Martha Brigida Martina Chávez
Profesora Principal
Miembro

Dr. Carlos Alberto Saavedra Leveau
Profesor Asociado
Miembro

Mg. Ronald Espiritu Ayala Mendivil
Profesor Asociado
Miembro

Dra. Maritza Dorila Placencia Medina
Profesora Principal
Asesora

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Profesor Principal
Presidente



DEDICATORIA

A mi familia por ser mi mejor motivación
para el logro de mis metas, también
a mis padres por sus enseñanzas,
su dedicación y continuo cariño.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
por darme la oportunidad de crecer profesionalmente.
A mi asesora Dra. Maritza Placencia por su constante
trabajo y aporte a la investigación científica.
Al Hospital Almenara por apoyarme para desarrollar mi estudio.

ÍNDICE

Listado de cuadros	iv
Listado de figuras	iv
Resumen	v
Abstract	vi
 CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	 1
1.1. Situación problemática	3
1.2. Formulación del Problema.....	5
1.3. Justificación teórica	5
1.4. Justificación práctica	6
1.5. Objetivos	6
1.5.1. Objetivo General	6
1.5.2. Objetivos Específicos	6
 CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	 8
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación	8
2.2. Antecedentes de investigación	11
2.3. Bases teóricas.....	19
 CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	 1
 CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	 35
4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados	
Marcador no definido.	
4.2. Pruebas de hipótesis	38
4.3. Presentación de resultados	39
 CONCLUSIONES.....	 15
RECOMENDACIONES	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	63

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Correlación entre costos y Hora/Médico	40
Cuadro 2. Correlación entre costos y cama de hospitalización	40
Cuadro 3. Correlación entre Costos y Sala de operaciones	41
Cuadro 4. Correlación entre estancia hospitalaria y costos	42
Cuadro 5. Correlación entre producción hospitalaria y costos	43
Cuadro 6. Correlación entre atenciones hospitalarias según Tópicos y costos	44
Cuadro 7. Correlación entre defunciones y costos	47

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Evolución del gasto en tratamientos de alto costo (en soles). EsSalud 2010-2016	25
<i>Figura 2.</i> Producción hospitalaria 2014-2018	44
Figura 3. Atenciones médicas 2014-2018	44
Figura 4. Defunciones 2014-2018	48

RESUMEN

El estudio de investigación “Relación entre eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Essalud. 2014-2018”, tuvo como objetivo determinar si existe relación significativa entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia. Para el estudio, se utilizó datos autorizados de segunda fuente, estadísticas del departamento de informática y tesorería, de la institución, los indicadores de eficiencia y las partidas de los costos generados del departamento de emergencia, el informe de producción hospitalaria e indicadores del servicio de emergencia de los años 2014 al 2018. El tipo de investigación es descriptivo, observacional, transversal retrospectivo con enfoque cuantitativo y correlacional. La técnica de recolección de datos fue documentaria de segunda mediante gestión administrativa desde el Servicio de Emergencia a los departamento de informática y tesorería de la institución. Posteriormente se procesaron los datos en el programa Excel y en el software SPSS versión 22 para el desarrollo estadístico, se realizaron pruebas estadísticas para calcular el coeficiente de correlación y aplicar la prueba de Rho de Spearman con un nivel de significancia del 95%. Se concluye que existe relación inversa entre la eficiencia y costos generados en el departamento de emergencias del hospital y relación directa entre estancia hospitalaria, producción hospitalaria según el nivel de prioridad, atenciones médicas en los tópicos de emergencia y defunciones y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara en el periodo 2014-2018.

Palabras clave:

Eficiencia, costos hospitalarios y producción hospitalaria.

ABSTRACT

The present investigation entitled: "Relationship between efficiency in hospital care and costs generated by the emergency department of the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Essalud. 2014-2018", aims to determine if there is a significant relationship between efficiency in hospital care and costs generated by the emergency department. It is known that a new building for the Emergency Department was built in August 2013 with a capacity of 106 beds in three floors. To carry out the study, we used as data of second source, statistics that were obtained from the department of computer science and treasury, of the same institution, were obtained, the indicators of efficiency and the items of the generated costs of the emergency department, In turn, the hospital production report and emergency service indicators from 2014 to 2018 were used. The type of research is descriptive, observational, cross-sectional retrospective with a quantitative and correlational approach of non-experimental design. The technique of data collection was documentary from the second source through the computer and treasury department of the institution. Subsequently, the data was processed in the Excel program and in the SPSS software version 22 where statistical tests were performed to calculate the correlation coefficient and apply the Spearman's Rho test. Based on the results obtained, it is concluded that there is an inverse relationship between the efficiency and costs generated in the emergency department of the hospital and the direct relationship between hospital stay, hospital production according to the level of priority, medical attention in emergency topics and deaths and the costs generated by the emergency department of the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Essalud. 2014-2018.

Keywords:

Efficiency, hospital costs and hospital production.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

En la actualidad, año 2019, el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud se organiza en varios servicios, pero principalmente dentro del área médica que comprende se agrupan los servicios de emergencia 1 y 2, dependientes de la Gerencia Clínica. Asimismo, cuenta con un servicio de enfermería que incluye a los licenciados en enfermería y personal técnico, además cuenta con personal de laboratorio, tecnólogos médicos en Rayos X y ecografía, así como profesionales de nutrición, psicología y servicio social, sumado al personal de seguridad y de admisión, quienes cumplen con funciones administrativas. También, se cuenta con personal médico procedentes de los servicios de hospitalización.

La organización jerárquica médica se compone con la máxima autoridad que es el Jefe de Departamento de Emergencia, las siguientes autoridades son los Jefes de Servicio de Emergencia 1 y 2, seguido del Jefe de guardia y Jefe del personal médico asistencial, en cuanto, al personal de enfermería y técnicos de enfermería tienen como autoridad su propia jefatura de servicio de enfermería de emergencia. El Departamento de Emergencia brinda servicios de laboratorio cuya autoridad es el Jefe médico quien tiene a su cargo a tecnólogos médicos y personal técnico de laboratorio. El departamento de emergencia también cuenta con un área de ecografía a cargo de médicos ecografistas del departamento de tomografía del hospital; el servicio de nutrición del hospital cuenta con personal profesional de nutrición y técnicos de nutrición que brindan el servicio a los pacientes del departamento de emergencia y los servicios de psicología y servicio social los brinda el mismo personal que labora en el departamento de emergencia.

Las áreas estructurales que vienen funcionando en la edificación de tres pisos, del departamento de emergencia son:

1er piso: Triage, Tópicos de Medicina 1 y 2, Sala de Observación de Medicina, Tópico de Cirugía, Tópico de traumatología, Emergencia pediátrica, Tópico de obstetricia, área de ecografía, área de rayos X y el área de admisión.

2do piso: Unidad de Cuidados Especiales, Centro Quirúrgico de Emergencia.

3er Piso: Salas de Observación de Emergencia.

El Departamento de Emergencia, a la fecha, cuenta con 106 camas formales disponibles en la nueva infraestructura inaugurado en Agosto de 2013 (Anexo 12), para el cuidado y la atención del paciente agudo, compuestas por camas en trauma shock, salas de observación de adultos y niños, camas de unidad de cuidados especiales, camas del sector de recuperación y camas del Centro Quirúrgico.

Toda esta nueva oferta instalada desde Agosto de 2013 para el cuidado y la atención del paciente usuario del departamento de Emergencia, reemplazando la anterior emergencia que tenía una capacidad de 72 camas, ha venido funcionando sin determinarse la eficiencia de dicha atención hospitalaria potenciada. Simultánea a este aumento de oferta, la demanda ha venido aumentando en forma exponencial, tal como se puede apreciar en los indicadores de producción del departamento.

Lo anteriormente dicho en el último párrafo motiva el presente estudio. Se buscó determinar la eficiencia de los costos de la atención hospitalaria en el quinquenio 2014 – 2018 del departamento de Emergencia. Se tomó en cuenta los indicadores de eficiencia de Essalud. Se buscó determinar si hay relación significativa entre los costos de la atención y los indicadores de producción. Este análisis permitió identificar los nudos en la atención, los procesos que mantener y brindar información valiosa a los actuales gestores del departamento para la toma de decisiones correctas en bien del paciente usuario de emergencia.

El presente informe brinda los antecedentes del problema de investigación y el marco teórico del mismo, prosiguiendo con una descripción del diseño de

investigación efectuado, los resultados del estudio y las recomendaciones finales resultantes del trabajo efectuado.

1.1. Situación problemática

Según la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud Ley N° 26790 publicado en Lima, a los quince días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete. En su Artículo 2o.- EL SEGURO SOCIAL DE SALUD señala que:

“El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados brindándoles prestaciones de prevención, promoción, recuperación y subsidios para el cuidado de su salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales. Está a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social - IPSS- y se complementa con los planes de salud brindados por las Entidades Empleadores ya sea en establecimientos propios o con planes contratados con empresas prestadoras de salud (EPS) debidamente constituidas. Su funcionamiento es financiado con sus propios recursos”.

Que pasó después del IPSS, como evolucionó el servicio de emergencia...años 1997-2013. Que rol jugaba el servicio o departamento de emergencias...

Según el Informe de Gestión Institucional de EsSalud del año 2014: El Seguro Social de Salud EsSalud, es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo e incorporado al ámbito de regulación presupuestaria de FONAFE desde el 09 de diciembre de 2010 mediante Ley N° 29626 – “Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011”. (p.4)

Por otro lado, el Departamento de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara tuvo durante el quinquenio 2014 – 2018, diversos indicadores por encima de los límites permitidos: el número de estancias mayores de un día fue mayor al número de pacientes con estancia menor aun día, el cociente de atenciones por emergencia/atenciones por consulta externa fue consistentemente mayor de 0.25, los casos codificados como consulta no especificada (Z71.9) estuvieron dentro de los cinco diagnósticos más frecuentes durante el quinquenio en

estudio. Estos valores persistentes a lo largo del periodo de estudio indican falta de medidas adecuadas y efectivas en modificar los indicadores ya referidos.

Por otro lado, respecto al modelo de atención en salud, en el año 2016 se aprobó el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo, que plantea la necesidad de iniciar una reforma institucional caracterizando un nuevo paradigma en las prestaciones de salud, que pone énfasis en la atención primaria y sus componentes preventivo promocional, basado en:

- El cuidado continuo
- El cuidado progresivo
- El cuidado estandarizado
- Eficiente y sostenible
- Participativo
- Centrado en la persona
- Con enfoque de Interculturalidad

Según el Plan Estratégico Institucional 2017-2021 de Essalud aprobado por Acuerdo N° 15-12-ESSALUD-2017, publicado el 21/06/2017, respecto a las inversiones en salud, se establece cinco lineamientos de política:

1. Priorizar las inversiones para fortalecer los servicios de salud del primer nivel de atención.
2. Fortalecer la planificación de las inversiones.
3. Optimizar las inversiones.
4. Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud.
5. Promover las inversiones con enfoque de equidad y oportunidad.

¿Qué problemas son los que se presentan para justificar el estudio y cómo se pueden enunciar en este párrafo: ejemplo la demanda de los pacientes fue el año 2014 y el 2017, qué efecto tuvo la construcción de la nueva torre?

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014. 2018?

1.3. Justificación teórica

El estudio se consideró relevante porque se suma a la mejora continua de la eficiencia en base a los costos incurridos en el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara del último quinquenio, donde se analizó la relación entre eficiencia y costos, el comportamiento de algunos indicadores sirvieron como herramientas para el análisis de datos y aplicación de pruebas estadísticas, donde, la investigación concluyó de manera satisfactoria y el estudio podrá ser utilizado como recurso para otros profesionales de la salud y gestores de instituciones públicas que brinden el servicio sanitario a nivel local, regional y nacional.

Según el Plan Estratégico Institucional (PEI) de EsSalud 2017- 2021: “Mejorar la correcta contabilidad de costos de las prestaciones que se brindan, así como los gastos administrativos que se utilizan para dar soporte a dichas prestaciones. Requiere la implementación y adecuación de un nuevo sistema de costos que nos permita monitorear los costos de la Institución” (p.103).

Según PEI EsSalud (2017- 2021):

“Los egresos de la institución crecen más rápido que los ingresos, se proyecta para los siguientes años que los egresos serán mayores que los ingresos; generado déficit en el presupuesto; estos se cubrirán con saldo de balance de años previos donde hubo superávit de presupuesto. Para el 2021 el déficit objetivo es de cero” (p.104)

En general esta investigación contribuyó de manera directa con la búsqueda de mejora en el análisis de costos y eficiencia, que involucró el uso de los recursos

económicos sin incurrir en costos operativos excesivos y sirvió para dar un mejor panorama de la relación entre ambas variables de estudio para la gestión de planificación y presupuesto, que buscan mantener el control de los costos sin perjudicar la producción hospitalaria ni bajar los indicadores de eficiencia del departamento de Emergencias del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el último quinquenio 2014-2018.

1.4. Justificación práctica

La justificación práctica radica en el buen uso de la data generada durante los cinco años de atención en el Departamento de Emergencia para determinar su análisis y establecer resultados que puedan ser utilizados en la mejora continua de la Oficina de Gestión y Desarrollo y por la Oficina de Costos y Tesorería, que sin duda será un material de consulta en la *Eficiencia y Costos* y el comportamiento de indicadores relacionados para el cumplimiento de los lineamientos de EsSalud 2014 – 2018 y recomendaciones, que aportarán en la comunidad sanitaria, como una investigación de gestión para establecer una línea promisoría para investigaciones futuras.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar si existe relación significativa entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014-2018.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Determinar si existe relación entre la eficiencia de la estancia hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.

2. Determinar si existe relación entre la producción hospitalaria según el nivel de prioridad y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.
3. Determinar si existe relación entre la eficiencia de las atenciones médicas en los tópicos de emergencia y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.
4. Determinar si existe relación significativa entre la tasa de defunciones y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

La filosofía y la medicina estuvieron estrechamente vinculadas en los periodos de gran crecimiento cultural, cuando los grandes pensadores reconocían el valor social del conocimiento y el cuidado de la salud como patrimonio de todos (época del florecimiento de la cultura griega), posteriormente siglos después con el desarrollo del pensamiento médico-occidental (Jaeger, 1992) y se involucran en este proceso las actuales ciencias y técnicas y la medicina se transformó en una actividad de carácter científico-experimental, donde la esencia de la filosofía integrada como servicio a la humanidad, cambia de acuerdo a los intereses de quienes tienen la hegemonía del desarrollo científico, generando la crisis de valores fundamentales en la profesión médica, como el altruismo, el respeto a la vida, los fundamentos de la ética.

Desde las estructuras socioculturales en las dos grandes corrientes mundiales: la occidental con una medicina atomo-clínica, que llevó a correlacionar síntomas y padecimientos del paciente con estructuras anatómicas particulares y funciones específicas (Díaz Amado, 2002; Foucault, 1989); mientras los médicos orientales con un paradigma holístico integrado a la naturaleza en sus ecosistemas y el respeto a su identidad sociocultural, en este siglo XXI, ambas corrientes nuevamente intentando integrarse hacia una medicina más humanitaria y al mismo tiempo personalizada, sentando las bases de la molecularización y genetización de la vida (Rose, 2007). Sin embargo, no todo se centra en la persona, sino que también ahora parte del escenario médico, es el laboratorio, la gestión del servicio de atención, la industria farmacéutica, y la salud pública, se ha convertido ahora en un servicio de mercado libre, donde el desarrollo tecnológico le cambia el concepto de servicio al paciente, desde la perspectiva del médico de familia al profesional tecnológico respetable, con un enorme prestigio y poder que lo posicionan como un líder en el mercado de salud, cuyas interacciones con otras áreas del saber, la cultura y la sociedad son

de tal magnitud que para comprenderlas se requiere necesariamente una aproximación amplia e interdisciplinaria, lo que trae consigo de nuevo una brecha inmensa en la reflexión filosófica, sobre la actuación de los profesionales de salud, la gestión de sus instituciones de servicio médico de libre mercado se torna inaccesible a la población de mayor demanda social en salud. Como dijo Vélez en su artículo “La Protección de la Salud en la Filosofía Liberal” en el 2012, el acceso a la salud forma parte de la justicia social.

Actualmente la globalización por internet con las comunicaciones inmediatas de los grandes avances tecnológicos en biomedicina, hace de la salud un bien de consumo y la medicina parece estar orientándose a la satisfacción de clientes, donde el tecnolujo y el biocapital, son predominantes y no simplemente a la curación de enfermedades y la atención de pacientes (Díaz Amado, 2009; Rose, 2007). Esta sistemática pérdida de valores y de reflexión sobre la esencia de la filosofía en la salud, no sólo se observa en la industria de las empresas de salud, sino también se han trasladado a instituciones que son parte del estado como lo es EsSalud que se ha convertido en un sistema particular y descentralizado que maneja los fondos de los asegurados y que estos contribuyen para las prestaciones de servicios de salud, sin tener el que rendir cuentas transparentes de su accionar tanto en la gestión sanitaria como en los procesos vinculantes a la prestación de servicios con una actitud ética.

En este proceso reflexivo sobre la actuación ética de los profesionales de salud, desde la perspectiva de su actuación profesional como médico a la de gestor en la prestación empresarial surgen preguntas como: ¿Cuál es la especificidad de la relación médico-paciente?. ¿Cuáles son los objetivos, valores y fines que deben guiar a la práctica médica, en qué ha consistido el paso de la ética médica a la bioética, entre otros (Marcum, 2010).

Desde la infraestructura y la tecnología es muy importante reflexionar para aportar desde filosofía autocrítica a la medicina, reconociendo que al ser éticos tanto en el servicio médico, como en la gestión sanitaria, nuestra decisión de impulsar el avance biotecnológico, debe ser para propiciar la equidad en el servicio de atención al paciente, evitando la mercantilización de la salud tanto

como la fragmentación de la atención médica y su creciente deshumanización, es importante trabajar en este proceso reflexivo, principalmente en EsSalud como institución prestadoras de salud para un gran sector de trabajadores peruanos, propiciando la capacidad de diálogo, con debates sobre nuestra actuación médica e invocando a la reflexión, sobre lo que el paciente requiere y lo que le estamos ofreciendo, tanto en el ámbito clínico como sanitario, donde es inminente la educación del paciente y sus familiares desde el concepto de urgencia y emergencia y su categorización en los niveles de atención, desde la reflexión filosófica basada en el respeto a la integridad del ser humano, para evitar abarrotar los departamentos de emergencias con problemas que se pueden resolver en centros de salud de baja complejidad, y dejamos de atender a los pacientes que realmente pueden perder la vida por la magnitud de su problema de salud.

Esta investigación se ha generado en la filosofía de la salud, en la actuación ética de sus profesionales médicos al servicio de la atención del paciente en el departamento de emergencia de EsSalud en el Hospital Nacional Guillermo Amenara Irigoyen, como un proceso reflexivo en los principios fundamentales de la filosofía hay que citar a Kant (1804) respecto de la salud, dijo, nos hallamos en condiciones engorrosas:

“ Uno puede sentirse sano, es decir, juzgar según su sensación de bienestar vital, pero jamás puede saber que está sano ... La ausencia de la sensación (de estar enfermo) no permite al hombre expresar que está sano de otro modo que diciendo estar bien en apariencia”.

Pese a su aparente simplicidad, estas observaciones de Kant son importantes porque hacen de la salud un objeto ajeno al campo del saber. Al hacer más drástico el enunciado kantiano: no hay ciencia de la salud. Admitiendo esto por el momento. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos, y llevado a estos tiempos, es la universalidad de la salud y la educación para todos.

Si se menciona a Kant en EsSalud las personas que si pertenecen a la Seguridad Social en Salud, ya sea en ESSALUD, EPS o ambos, el sistema resulta más

equitativo. Se puede afirmar esto porque sus asegurados tienen la posibilidad de recibir atenciones de la “Capa Simple” y la “Capa Compleja” independientemente de sus posibilidades económicas.

2.2. Antecedentes de investigación

En la investigación se realizó la búsqueda de artículos científicos y tesis, que investigaron las variables: Eficiencia y Costos; ambas relacionadas al servicio sanitario. Asimismo, se consideró importante incluir artículos científicos publicados que lograron contribuir con información y datos, así como, informes relacionados a los lineamientos estratégicos de Essalud los cuales son: Brindar servicios integrales con altos estándares de calidad, fortalecer la atención a la población vulnerable, humanizar la atención, gestión con transparencia, eficiencia, compromiso y alegría; y recuperar la confianza.

Los autores Iriart, Elías y Waitzkin (2000) en su artículo científico titulado: “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma” realizada por equipos de Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Estados Unidos, cuyo objetivo principal fue analizar el proceso de exportación de la atención gerenciada, especialmente desde Estado Unidos, y su incorporación en los países latinoamericanos. Demuestran según sus hallazgos el ingreso de los principales capitales financieros multinacionales en el sector privado de seguros y de prestadores de salud, y su intencionalidad de participar en la administración de las instituciones estatales y de los fondos de la seguridad social médica. Se llega a la conclusión de que este proceso de cambio sustancial, que implica la paulatina adopción de la atención gerenciada, es facilitado por las transformaciones operadas a nivel ideológico (Cad. Saúde Pública, 2000, p.95-105).

La investigadora Marie (2001) en su estudio de título: “Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?” publicada por el Banco Interamericano de Desarrollo en Washington D.C EEUU; menciona que

“la eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad constituyen un conjunto prioritario de criterios para el análisis y evaluación de políticas y programas, por relacionarse con la relevancia e impactos de los mismos y por haber logrado un uso convencional bastante generalizado. Son criterios particularmente relevantes para el análisis de iniciativas apoyadas con recursos públicos. Estos cuatro términos forman parte de la jerga cotidiana de los que participan en la formación, la gestión y la evaluación de las políticas y programas. Luego de realizar el análisis de material científico relacionado a los principales problemas de los sectores económicos que afectan América Latina y el Caribe, la autora llega a la conclusión de que: “La eficiencia se puede entender como el grado en que se cumplen los objetivos de una iniciativa al menor costo posible. El no cumplir cabalmente los objetivos y/o el desperdicio de recursos o insumos hacen que la iniciativa resulte ineficiente (o menos eficiente). Por lo tanto, para ser eficiente, una iniciativa tiene que ser eficaz”. (Marie, 2001, p.7)

Los investigadores colombianos Cortés, Flor & Duque (2002) realizaron un estudio titulado: “Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica privada de nivel II-III”. En este estudio mencionan que: La mayoría de las soluciones propuestas para controlar los gastos de la salud tales como la regulación de precio, capitación y la administración del cuidado médico, no se dirigen hacia la eficiencia técnica desde la perspectiva del hospital. El concepto de costos fijos y variables tiene implicaciones importantes para controlar los gastos del cuidado de la salud. Llegando a la conclusión de que los costos variables relativamente bajos encontrados en este estudio llaman la atención sobre considerar la necesidad de mayores informes en las diferencias de costos entre hospitales y la ventaja de conocer la información de costos y su estructura para establecer una política apropiada de contención y planeación de los costos en hospitales y clínicas. En esta publicación se define la distribución de los costos fijos y variables para el cuidado médico en una clínica privada de nivel II-III situada en Tuluá y se discuten las implicaciones de las políticas de salud con base en estos resultados (Colombia Medica, 2002; 33: p.45-51).

Lau (2005) en tesis: “Efectividad y eficiencia de los equipos de gestión en el logro de los objetivos del servicio de consulta externa, hospitalización y emergencia

Hospital Víctor Lazarte Echegaray EsSalud 2000 – 2002”. Muestra los siguientes resultados: En el área de Consulta Externa, los resultados muestran que el Ratio de Atenciones Médicas por asegurado fue de: 2,34 por asegurado y el promedio de tiempo de espera de 45 minutos. En el área de Emergencia, el porcentaje de congestión fue de: 25,6% y la razón de atención de 9,3%. En el servicio de Hospitalización, el porcentaje de ocupación de camas fue de: 93,7% y la tasa de Prevalencia Puntual de Infecciones Intrahospitalarias de 9,3%. Referente a la evaluación de las metas de consulta externa, hospitalización y emergencia durante el periodo 2000 y 2001 estas registraron cifras por encima de lo programado, mientras que en el año 2002 las metas no fueron cumplidas al 100%. Respecto a los costos, el servicio de Hospitalización fue el que mostró costos por encima de la tarifa durante el periodo 2000 - 2002. Concluyendo en que: “el estudio muestra que existe una alta correlación entre las metas obtenidas y el desempeño de los equipos de gestión, descartando la posibilidad de que los resultados de las metas hayan sido producto de azar, lo que demostraría la eficacia de los integrantes de los equipos de gestión” (Lau, 2005, p.iv).

Los autores García, Rodríguez, Pol De Vos, Jova, Bonet, García y Van (2006) en su investigación científica “Costos del subsistema de urgencias en la atención primaria de salud en Cuba, 1999-2000” realizada en el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, en Cuba, menciona que:

“El sistema de salud cubano, en la década de los años noventa, desarrolló un subsistema que se orientó a estratificar el servicio de urgencia por niveles de atención. Este tuvo como premisas establecer una atención inmediata, próxima y regionalizada de tipo escalonado e integrado con otros niveles de atención”.

El estudio se caracterizó por analizar los costos asociados a la implantación del subsistema durante un año. Se seleccionaron 5 municipios de tres provincias del país, a partir de una muestra opinática que incluyó urbanos-metropolitanos, urbanos-no metropolitanos, rurales y de montaña, así como lugares donde estaba implantado el sistema y donde no. Se calcularon los costos totales y por

caso. Llegando a la conclusión: Que el costo en el municipio urbano-metropolitano fue 5 veces superior al resto. La mayor contribución al costo lo aportaron los centros de costos finales. El costo por caso visto fluctuó entre los 6 y los 27 pesos. Los mayores costos coincidieron con los municipios representativos de las zonas urbanas, independientemente de la organización de los servicios de urgencias.(2006, p.32)

En el año 2009, el Colegio Americano de Médicos Emergenciólogos (ACEP) presentó una conferencia en Boston, USA, para puntualizar los aspectos críticos del cuidado eficiente y de calidad en emergencia y describió como los servicios de emergencia hospitalaria pueden brindar soluciones, haciendo hincapié en: a) Sistemas y flujo del trabajo para mejorar el cuidado de la salud y b) Mejora de la coordinación en el cuidado de pacientes de alto costo. Los servicios de emergencia deben en forma continua buscar oportunidades de mejora en su funcionamiento.

Bejarano (2011) en su estudio científico titulado: "Evaluación cuantitativa de la eficiencia en las salas de cirugía" cuya finalidad fue medir de manera objetiva la eficiencia de las salas de cirugía de la Clínica Rafael Uribe. Obtuvo como resultados entre el 1º de julio de 2010 y el 30 de junio de 2011 que se practicaron 7.914 cirugías, de las cuales, el 66,1% eran electivas. El tiempo que transcurrió entre la hora de programación y la hora de realización de cada cirugía electiva fue de 18 minutos, en promedio. Hubo retraso en el inicio de las cirugías en 12,8% de las jornadas programadas. El tiempo de rotación o recambio entre pacientes permaneció entre 11 y 13 minutos. El porcentaje de utilización de los quirófanos para cirugías electivas fue de 68,8%. El porcentaje de cancelación de cirugías por mes osciló entre 8,7 y 15,3%. La mediana de la oportunidad de atención en cirugías de urgencias fue de 84 minutos. La rentabilidad bruta mensual promedio fue de 14,8%. Finalizando en la conclusión, de que, según el Sistema de Puntuación de Eficiencia en Cirugía propuesto por Macario 3,5, con excepción del porcentaje mensual (o tasa) de cancelación de cirugías, los demás parámetros evaluados en las salas de cirugía de la Clínica Rafael Uribe se encuentran dentro de la calificación de buen rendimiento o desempeño.

(p.273-284). Asimismo, la revisión realizada por Franco-Giraldo en sus "Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombianos", en el 2011, describe entre otros el enfoque neoclásico en donde se da mucho énfasis a la eficiencia de las intervenciones en salud.

Burkhardt publicó un estudio en el año 2016, en el que señala que existen diferentes maneras de medir la performance financiera, por lo que debe decidirse qué tipo de medición será la más apropiada según el servicio de emergencia que se planea evaluar. El trabajo busca explicar cuál es la rentabilidad financiera basado en las mediciones de ingresos, gastos, activos, responsabilidades y el flujo de caja. El análisis de la razón es un método adecuado para determinar la performance financiera hospitalaria. Es útil para reducir el monto de detalles financieros. En este trabajo se describen dos tipos de análisis: el retorno de la inversión y el perfil de operación. Dentro de las mediciones del retorno de la inversión se cuenta con el retorno de activos (ROA) y el retorno con equidad (ROE). Por otro lado, se cuenta con dos medidas para determinar el perfil de operación: el lucro marginal y el flujo de caja. El retorno de activos es probablemente el indicador clave de la viabilidad financiera de un hospital, el cual si no es mayor al costo total llevará a la larga a una inestabilidad de la institución. Soto en su publicación "Inversiones Sociales en el Perú. El Caso de la Seguridad Social en el Perú", del año 2012, hace hincapié de que no solo el paciente tiene derecho a servicios de salud, sino también al servicio mas eficiente posible.

Suárez y Escobar en su tesis: "Propuesta de mejora en la calidad y eficiencia en el área de urgencias del Hospital Engativá II Nivel E.S.E. utilizando SEIS SIGMA" que tuvo como objeto el desarrollo de un proyecto Seis Sigma enfocado en la mejora de la calidad y eficiencia para la prestación de servicios de salud en el Hospital Engativá II Nivel E.S.E; considerando que Seis Sigma y su metodología DMAMC (Definir, medir, analizar, mejorar y controlar), junto a herramientas estadísticas y de gestión de procesos permite alcanzar mejoras significativas a largo plazo en la eficacia del funcionamiento del área de urgencias. Concluyeron en que mediante la aplicación de la metodología se logró aumentar la eficiencia en la prestación del servicio, reducciones en la variación de los procesos,

disminución de los costos de servicio, mejora continua en la calidad y minimización de tiempos de respuesta (2016, p.12).

López en su tesis: “Análisis de la eficiencia de la inversión pública el Hospital Delfina Torres de Concha de Esmeraldas: Un estudio antes y después de su repotenciación” realizada en Ecuador se preocupó por analizar la planificación y ejecución presupuestaria, que van de la mano de los objetivos establecidos en el Plan Nacional del Buen Vivir; la teoría indica que una correcta planificación de la mano de una buena ejecución presupuestaria desencadenaran en un uso eficiente de los recursos, obteniendo como conclusión que: “El análisis de los costos de atender a los pacientes nos muestran el manejo tanto de la parte administrativa como de la parte médica que incluye el uso de la capacidad instalada del Hospital, pudiendo así en conjunto analizar si el aumento de la inversión ha conseguido o no llegar a cubrir mayor parte de la demanda cumpliendo con los objetivos planteados por el Gobierno Central”. (2017, p.2)

En el estudio realizado en Myanmar en el 2017 se estableció estudiar los costos unitarios de dos establecimientos de salud hospitalarios con promedio de 200 camas mediante un método que consiste inicialmente en definir los productos finales, definir los centros de costos, identificar los costos de cada ingreso, la asignación de cada ingreso a cada centro de costo, terminando en la asignación de todos los costos a los centros de costos finales, elaboración el cálculo final de los costos unitarios y reporte de los resultados. Se observó que los costos unitarios de las unidades especializadas eran de los más altos dentro del hospital debido al uso de equipamiento caro concentrado en pocos pacientes. La información que proporcionan los costos generados en un establecimiento de salud permite a los decisores mejorar la calidad de los servicios médicos y establecer las proyecciones futuras de costos. Los costos hospitalarios permiten asignar adecuadamente los recursos. El conocimiento de la estructura de costos es fundamental para mejorar la eficiencia de los servicios de salud. La estimación de los costos en el cuidado de la salud es muy importante pues permite tomar decisiones basadas en evidencia que permitan medidas sanitarias más eficientes.

Zheng et al en China realizó en el año 2018, un estudio para medir cuantitativamente la eficiencia relativa de 84 hospitales públicos, empleando por primera vez en este país el método DEA (Data Envelopment Analysis) de 4 etapas desde el 2010 al 2016. Mediante la comparación de las eficiencias relativas se pudo controlar y eliminar la influencia de factores ambientales Su principal conclusión fue que la evaluación de la eficiencia es un componente muy importante y necesario dentro de las medidas tendientes a resolver el común problema de recursos limitados en los establecimientos de salud y se recomienda que el método de comparación de eficiencias relativas debe ser puesto en práctica.

El investigador Quico (2018) en su tesis: *“Caracterización del control interno del sistema de abastecimientos de los hospitales del Perú: caso Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca, 2017”*. Tuvo como objetivo principal: Determinar y describir las características del Control Interno del Sistema de Abastecimientos de los hospitales del Perú: Caso Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, 2017. Obtuvo como resultado de la investigación que los hospitales del Perú y el Hospital Carlos Monge Medrano- Juliaca, no poseen un sistema de control interno apropiado, estos vienen operando inadecuadamente, impactando negativamente en los resultados de la gestión y no coadyuvan en el cumplimiento de las políticas, planes y al logro de objetivos de la entidad. Finalmente concluye en que la investigación se justifica por ser importante para los titulares y funcionarios de entidades públicas de salud, pues les permitirá a que tomen la debida atención y establezcan procedimientos de control interno en el manejo del sistema de abastecimientos con fines de asegurar la unidad, racionalizar y facilitar el control eficiente y eficaz en los procesos de abastecimientos, a fin de asegurar una información confiable. Así mismo la presente investigación, valdrá como base para futuros trabajos de investigación relacionados al control interno del sistema de abastecimientos de los hospitales (Quico, 2018, p.vi).

Reátegui en su tesis *“Análisis del costo de referencia de pacientes de la red asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015”* dicha investigación tuvo como objetivo analizar el costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima,

durante el Periodo 2011 – 2015. Los resultados fueron los siguientes: El motivo más frecuente por el que se referenciaron pacientes a Lima fue “Consulta Externa” con el 92,39% del total de pacientes. Cuando se analizó el costo asociado al motivo de la referencia, se pudo comprobar que el mayor costo fue por “Consulta Externa”, el mismo que representó el 92,12% del costo total. Posteriormente a los resultados, se compararon los costos necesarios para dotar a la Red Asistencia de EsSalud Loreto de condiciones mínimas para dejar de referenciar pacientes, tales como equipos de tratamiento y diagnóstico, recursos humanos (médicos, enfermeras, técnicos, tecnólogos, administrativos, etc.), infraestructura, materiales médicos e insumos; en relación a los costos de referenciar pacientes a la ciudad de Lima; es decir, entre tratar a un paciente en la ciudad de Iquitos con todo lo necesario o enviarle a la Lima, concluyendo la tesis en que referenciar a un paciente a Lima durante el periodo 2011 – 2015 ocasionó un gasto mayor de S/. 9,821,621.32; por lo que, de lejos, la alternativa de equipar la Red Asistencial de EsSalud Loreto es la más adecuada (2018, p.vi).

Cubas en su tesis: *“Evaluación del sistema de control interno para medir el impacto de la eficiencia en la ejecución presupuestaria del hospital regional Lambayeque en el periodo 2014”*. Tuvo como objetivo evaluar el sistema de control interno para medir el impacto de la eficiencia en la ejecución presupuestaria del Hospital Regional Lambayeque en el periodo 2014. Llegando a la conclusión de que: El Hospital Regional Lambayeque según sus actividades y procesos de la ejecución presupuestaria se realiza mediante una serie de procedimientos en un flujograma; esto quiere decir que todo tiene que realizarse de manera transparente y eficiente es por eso que se elaboran reportes para demostrar todo lo que se ha programado dentro de la hoja de presupuesto, de alguna manera todo tiene que estar en perfecto orden, después de esto serán revisados y visados por el director ejecutivo del área de planeamiento y presupuesto del Hospital Regional Lambayeque (2018, p.62).

2.3. Bases teóricas

El modelo que se aplicó en la tesis se basa en el Manual de instrucciones y procedimientos de Costos en Salud elaborado por el Ministerio de Salud (MINSA, 2009).

La finalidad del manual es dotar a los especialistas del conocimiento que le permitan implantar de forma personal los costos en cualquier entidad del Sistema Nacional de Salud, sin tener que recurrir a un seminario o preparación previa y continuar de forma sistemática el procesamiento mensual de los mismos, en base a los centros de costos, su clasificación, su valoración y su análisis.

Este modelo de análisis de los costos permitió determinar en forma detallada los costos generados en la atención médica por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (2014-2018) y contribuyó para identificar los costos directos, indirectos, fijos y variables, que se utilizaron para la atención médica de los asegurados que conllevaron a brindar el servicio médico en el departamento de emergencias en todos los tópicos y en todos los niveles de prioridad de atención médica.

El manual consta de cuatro capítulos, cada uno de ellos, importante para la elaboración del informe de costos como herramienta de gestión para la mejora continua del servicio de atención médica en el departamento de emergencia del HNGAI. Cumpliendo con lo anterior, el MINSA, ha desarrollado al detalle los pasos requeridos para la implantación y posterior desarrollo de los Costos. (2009).

La implantación de los costos en salud ha venido perfeccionándose y enriqueciéndose paulatinamente en el transcurso de su aplicación, de acuerdo a las experiencias prácticas y aportes de especialistas y profesionales de las distintas entidades del Sistema Nacional de Salud. Corresponde en esta etapa su adecuación metodológica a las nuevas regulaciones establecidas por los organismos rectores que influyen en los procedimientos operativos para su explotación.

Los costos en salud constituyen un instrumento metodológico para la aplicación de esta técnica en las distintas actividades del Sistema Nacional de Salud. Se han ajustado y normalizado para tener en cuenta las peculiaridades de las distintas entidades que conforman el sector, de acuerdo a su perfil de trabajo, así como ha considerado los aspectos propios de sus singularidades, por lo que lo habilita para ser implantado en cualquier entidad del sistema.

Es finalidad de los costos en salud garantizar la emisión de información sobre los resultados económicos de las actividades a cada entidad para alcanzar los objetivos siguientes:

- Posibilitar, mediante el conocimiento de los costos reales de las acciones, la toma de medidas oportunas, con el fin de obtener el máximo de eficiencia en la ejecución presupuestaria y elevar la eficacia de la gestión en general.
- Permitir a los niveles de dirección del Sistema Nacional de Salud, mediante el conocimiento de los costos que se ejecutan, evaluar económicamente a las Entidades, al propio tiempo de elaborar y fundamentar índices para mejorar el proceso de la planificación financiera.
- Brindar a los dirigentes y trabajadores la educación económica necesaria, al facilitarles información acerca de las acciones que en cada área de trabajo se ejecutan, dándoles participación en los análisis de los resultados.

El procesamiento general de los Costos en Salud servirán como instrumentos vitales para efectuar los estudios y determinar los por cientos de distribución de los servicios básicos para el funcionamiento de la Entidad.

Para el análisis de los costos generados en el departamento de emergencias del HNGAI, se solicitó información de los centros de costos y sus partidas, a la Oficina de Tesorería y Contabilidad del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI), esta información se presenta de forma impresa en los anexos de la investigación.

Los costos utilizados en el estudio fueron en base al último quinquenio (2014-2018) dentro de los cuales se utilizó las remuneraciones del personal médico de los tópicos del departamento de Emergencia (Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Clínica Pediátrica, Shock Trauma, Cirugía Pediátrica y

Traumatología) del Hospital Guillermo Almenara y los costos variables que incluyen instrumental médico, medicinas, servicios de electricidad, agua, telefonía, servicio e terceros; etc., en los que incurre el departamento de Emergencias con el fin de brindar diariamente las atenciones médicas que los pacientes necesitan.

Para complementar la distribución de los costos generados en la atención médica del departamento de emergencias del HNGAI, se consideró de manera oportuna recurrir a los gestores clave relacionados al departamento de emergencia del HNGAI, como fuentes de información; quienes absolovieron las dudas que se presentaron en el desarrollo del estudio.

Se recurrió en algunas ocasiones a los siguientes gestores:

1. Jefe del Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara
2. Jefe de la Oficina de Planificación Operativa de la Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Nacional Guillermo Almenara
3. Jefe del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara
4. Gerente del Hospital Nacional Guillermo Almenara
5. Gerente Clínico del Hospital Nacional Guillermo Almenara (Ver anexo 1)

Estructura de los costos hospitalarios

Las reformas a los sistemas de salud o la necesidad de mejorar la eficiencia implican cambios en el financiamiento de los hospitales: se transita de una transferencia presupuestal por capítulo de gasto a pago por servicio, generalmente prospectivo. Comúnmente por la misma forma de presupuestar a los hospitales públicos, estos no generan información necesaria para calcular costos hospitalarios ni tarifas: no se cuenta con estado de resultados, balance general, ni facturas por paciente. La falta de información hace que el cálculo de los costos se realice con un enfoque ad hoc, dependiendo la información disponible (Santamaría, Herrera, Sil, p.135).

Centro de costo

Es la unidad lógica del trabajo de costos, caracterizada por representar una actividad relativamente homogénea con una clara definición de autoridad y en la cual se acumulan gastos. En gran parte, su determinación coincide con los criterios de departamentalización o áreas de la estructura organizativa de la Entidad, aunque también puede agrupar a varios departamentos o a subdivisiones de éstos. También pueden ser por determinados servicios o actividades que se entienda recomendable que integren Centros de Costos, bien para efectuar un mayor análisis o para facilitar la distribución de sus costos hacia otros centros dentro de un departamento de la Entidad. (MINSA, 2009, p.6)

La importancia de una adecuada selección de la base a utilizar en cada Centro de Costo radica en que la misma es más eficiente para el trabajo de costos, en la medida que se corresponda estrechamente con las actividades más representativas que desarrolla la parte de la estructura organizativa del Centro de Costo.

En el caso de los centros médico-asistenciales, por ser Centros de Costos finales y no distribuir sus costos, sólo determinan costos unitarios tomando en consideración diferentes bases de forma alternativa con el fin de facilitar los análisis. Aún en estos casos, las bases seleccionadas no deben ser más de tres, pues las mismas realmente deben brindar elementos imprescindibles para los análisis desde diferentes aspectos. Si fueran más de esas tres en realidad quizás algunas no se corresponderían estrechamente con la realidad objetiva de las acciones de dichos Centros de Costos y ocasionarían incremento innecesario de trabajo en la elaboración de los Costos, ofreciendo elementos informativos que dificultarían y complejizarían los análisis que deben realizar los distintos niveles de dirección.

Centro de costo a informar

Según MINSA (2009) “Representa los Centros de Costos que se han definido en el “Nomenclador de Centros de Costos a Informar” para que formen parte de la información de los Costos” (p.7).

La información que brindan los Costos puede ser muy variada, pudiendo presentarse en forma detallada o más agregada. También posibilita la comparación de los costos reales incurridos en el período que se informa con respecto a períodos pasados, así como cualquier variante que pueda adoptarse para facilitar el proceso de toma de decisiones. Por tanto, se hace necesario delimitar la información a rendir, por los Costos que se implante en las Entidades. (MINSA, 2009, p.87)

Artículo 11° Oficina de Presupuesto y Costos

Es la unidad orgánica encargada del presupuesto y costos de la Red Prestacional, depende de la Oficina de Gestión y Desarrollo y tiene las siguientes funciones:

- a) Aplicar los procedimientos manuales y demás instrumentos de gestión relacionados con la gestión presupuestal y determinación de costos, en el marco de los dispositivos legales vigentes y las normas emitidas al respecto por el órgano central correspondiente.
- b) Elaborar la programación y reprogramación presupuestal de la Red Prestacional con criterios de eficiencia y equidad en la asignación de los recursos, en base a las metas y objetivos del período, prioridades institucionales, en el marco de las normas vigentes.
- c) Evaluar el grado de cumplimiento de las metas físicas presupuestarias en términos de eficacia y eficiencia en el uso de recursos económicos, así como, proponer las modificaciones al presupuesto que correspondan, en coordinación con la Oficina de Planificación, Racionalización y Programación.
- d) Determinar los costos de los servicios de IPRESS propias y unidades operativas de la Red Prestacional.
- e) Implementar y cumplir las normas del Código de Ética institucional, de transparencia, acceso y protección de la información, de bioseguridad y

salud ambiental, del sistema de gestión de la calidad, sistema de seguridad y salud en el trabajo y sistema de control interno, en el ámbito de su competencia.

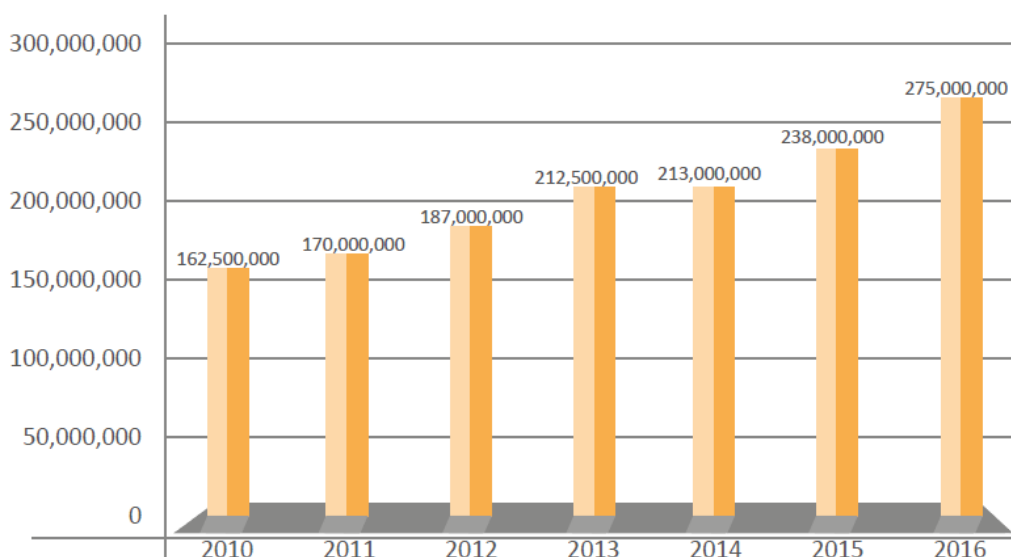
- f) Otras funciones que le asigne el Gerente de Red Prestacional, en el ámbito de su competencia.

(Almenara, ROF, 2018, p.13)

Gasto en tratamiento

Gastos que serán asumidos por la entidad de seguros en los casos en que el Asegurado haya estado hospitalizado en el centro hospitalario, por tratamiento médico para la curación de una enfermedad, accidente o en el caso de realizarse una intervención quirúrgica prescrita por los médicos tratantes. En ningún caso se indemnizarán los gastos originados por exámenes motivados por chequeos médicos ni por exámenes y estudios realizados sin el debido respaldo de un tratamiento médico acorde a la enfermedad.

Diversos estudios muestran que en un mediano plazo los costos de las enfermedades crónicas no transmisibles seguirán escalando progresivamente, colocando en riesgo la sostenibilidad financiera de la institución y en general, constituyendo un serio problema para el conjunto del sistema de salud peruano (Beltrán, 2012, p.443-483), (Castillo, Malo & Villacrés, 2017, p.119-125).



Fuente: Sub Gerencia de Estadística, Sub Gerencia de Costos. GCPP-EsSalud
Plan Estratégico Institucional Essalud 2017-2021 p.35

**Figura 1. Evolución del gasto en tratamientos de alto costo (en soles).
EsSalud 2010-2016**

En la Figura 1 se demuestra la tendencia del incremento del gasto por tratamientos de alto costo, esto implica que la gestión de recursos, sumará mayores esfuerzos, para optimizar el uso de los mismos, de manera más eficiente, y así evitar que el incremento de los gastos provoque déficit cada vez mayores; en las finanzas de la institución pública de salud.

Metodología de Costo en Salud según el MINSA (2009)

La base de distribución del departamento de Emergencia del Hospital Almenara debe reflejarse en la atención individual de cada paciente y el tiempo en hora/hombre del médico, sin considerar el que corresponda a interrupciones, para sobre esta base poder cuantificar los minutos realmente trabajados en el servicio prestado por el Centro de Costos de Emergencia.

Indicadores de desempeño

Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2010) en su “Instructivo para la Formulación de Indicadores de desempeño” Define que: Los indicadores de desempeño son instrumentos que proporcionan información cuantitativa sobre el desenvolvimiento y logros de una institución, programa, actividad o proyecto a favor de la población u objeto de su intervención, en el marco de sus objetivos estratégicos y su Misión. Los indicadores de desempeño establecen una relación entre dos o más variables, que al ser comparados con periodos anteriores, productos similares o metas establecidas, permiten realizar inferencias sobre los avances y logros de las instituciones y/o programas.

La importancia del uso de indicadores está asociada con la utilidad de estos para:

- 1) Mejorar la gestión interna de una organización para el cumplimiento de sus objetivos.
- 2) Mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos.
- 3) Mejorar la transparencia frente a los agentes internos y externos
- 4) Realizar el seguimiento al logro de los objetivos y productos estratégicos de una institución a favor de la población a la que sirve o del objeto de su competencia.

(MEF, 2010, p.1)

Según EsSalud (2014) cada médico produce un promedio de 4.62 atenciones médicas por hora, por lo tanto, tiene un tiempo invertido promedio de 13 minutos por paciente, este es un indicador de eficiencia que fue elaborado por la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, cuya medición es realizada un vez al mes en el departamento de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara.

Consultas externas: Se refieren a aquellos actos médicos realizados de forma ambulatoria en un local adaptado para ello, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un asegurado o paciente con base a la anamnesis (historia clínica) y la exploración física.

Eficiencia: Según el Ministerio de Economía y Finanzas (2010) en su “Instructivo para la Formulación de Indicadores de desempeño” Define que: La Eficiencia describe la relación entre dos magnitudes, la producción de un bien o servicio y los insumos (financieros, humanos o bienes) utilizados para su generación. Este tipo de indicador está referido a la producción de bienes o servicios, utilizando el mínimo de recursos disponibles. (p.2)

Eficiencia de la Atención Hospitalaria

Es la relación entre la prestación de un servicio durante la atención hospitalaria en la que se utilizó recursos del establecimiento de salud para dicho fin en un periodo determinado.

Producción hospitalaria

Es la relación entre el número de atenciones médicas en consulta externa y el número de horas efectivas que mide el número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo en consultorio externo. También para conocer el rendimiento del grupo de médicos de un servicio o especialidad, o el promedio de rendimiento del conjunto de médicos que realizan consulta médica.

Marco conceptual

Costos: Según Ortega (2005) Define los costos como el conjunto de pagos, obligaciones contraídas, insumos, depreciaciones, amortizaciones y aplicaciones atribuibles a un periodo determinado, incurridos relacionados con las funciones de producción de un bien o servicio, su distribución, administración y financiamiento para la toma de decisiones. (p.51)

Según el MINSA (2009) denomina a los costos como el conjunto de indicadores que permiten evaluar la eficiencia de trabajo de una Entidad. En ellos se refleja el nivel el nivel de actividad alcanzado, el grado de eficiencia con que se utilizan los fondos y la óptima utilización de los recursos materiales. Los costos

representan los recursos consumidos y aplicados a las actividades de un período económico determinado.

Costos directos: Se pueden identificar plenamente o asociar a servicios que se están ejecutando, así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización. Generalmente pueden considerarse como tales, aquellos gastos originados por: el pago de la fuerza de trabajo que ejecuta directamente las acciones, los consumos de los materiales utilizados y los servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.

Costos indirectos: Constituyen gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de los que lo reciben. Son ejemplos de estos costos los administrativos de toda índole, los de áreas de servicios, auxiliares y otros que se ejecutan con la finalidad de apoyar las actividades que realiza la Entidad.

Costo total: Es el resultado de la acumulación de todos los costos en que ha sido necesario incurrir para la producción de bienes materiales o la prestación de servicios, por lo cual, de acuerdo al tipo de análisis que se esté efectuando, puede ser la sumatoria de los costos directos e indirectos incurridos, o también de los costos fijos y variables efectuados en el desarrollo de la actividad objeto de análisis.

Ad hoc: Se refiere generalmente a una solución específicamente elaborada para un problema o fin preciso y, por tanto, no generalizable ni utilizable para otros propósitos.

Índice de rendimiento hora/médico: es un indicador de eficiencia estándar y su cálculo es el promedio de atenciones realizadas por cada hora de trabajo del médico, con una frecuencia mensual.

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ Total de consultas}}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de horas médicas efectivas}}$$

Índice de rendimiento de cama de hospitalización: es un indicador de eficiencia estándar y su cálculo se mide como el promedio de egresos hospitalarios por cama hospitalaria disponible en el período, con una frecuencia mensual.

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ Total de egresos hospitalarios}}{\text{N}^{\circ} \text{ Camas hospitalarias (promedio)}}$$

Remuneraciones: es el pago entregado a los diferentes profesionales de la salud, que son considerados como parte del personal médico, bajo una modalidad de contratación contemplada en la normativa del MINSA, después de cumplir sus horas de trabajo, según el acuerdo contractual, donde se indican las condiciones laborales derechos y deberes y el importe fijo de su pago.

Índice de gasto de remuneraciones: es un dato de costo fijo y su cálculo es el promedio entre el gasto de remuneraciones del personal médico en todas las modalidades de contratación durante un año y el costo total del departamento de emergencia que incluyen bienes y servicios, durante el mismo año.

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ Gasto de remuneraciones anual}}{\text{N}^{\circ} \text{ Costo total anual del servicio}}$$

Indicadores de calidad: es un dato estadístico que sintetiza información relevante y pretende reflejar el estado de una situación, o de algún aspecto particular, en un momento y un espacio determinado, que mide la productividad del servicio de emergencias en base al número de atenciones médicas de las diferentes unidades del servicio y la clasificación según las prioridades de atención que el paciente requiere considerando también el porcentaje de pacientes en sala de observaciones y el porcentaje de número de defunciones buscando siempre minimizarlos.

Estancia hospitalaria: Tiempo de permanencia del paciente en la sala de observaciones considerando dos rangos de medida hasta 24 de horas de permanencia en cualquiera de los tópicos y sala de observaciones del servicio

de emergencias o mayor a 24 horas en cualquiera de las unidades del departamento.

Prioridad de atención: Se refiere a las normas técnicas que el MINSA considera para la clasificación de atención de los pacientes que acuden al servicio de Emergencias enfatizando el nivel de riesgo del estado de salud del paciente, pudiendo ser la prioridad I, que muestra un riesgo inminente de muerte y que requiere atención inmediata; la prioridad II, que muestra un riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención deber realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos; la prioridad III, que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes o la prioridad IV que no presenta riesgos de complicación inmediata.

Número de defunciones: Total de pacientes fallecidos dentro de las 48 horas o mayor a las 48 horas contabilizados a partir del ingreso del paciente al servicio de emergencias del hospital, este cálculo, lo realiza el departamento de estadística e informática de la institución hospitalaria en base a los datos que arroja su sistema de atenciones médicas y procesos de control de cada unidad del servicio.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio

El enfoque de investigación es cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, de diseño analítico correlacional, de corte transversal retrospectivo. Se realizó un análisis documental.

3.2 Unidad de análisis

Reporte anual de costos operativos del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014 – 2018.

Indicadores del desempeño asistencial en gestión de salud del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014 – 2018.

Producción hospitalaria e indicadores del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014 – 2018.

3.3 Población de estudio

Son todos los registros documentales consistentes en:

Documentación de gestión de EsSalud obtenidas de la página web de EsSalud, MINSA y MEF; pertinentes para la investigación del autor.

Reportes estadísticos y financieros del departamento de Emergencia del Hospital Almenara EsSalud elaborados por la misma Entidad que muestren los siguientes indicadores:

- Costo unitario por cada recurso operativo (2014 – 2018).
- Costo total del servicio o departamento provisto por emergencia (2014 – 2018).
- Cantidad de atenciones en relación al total de médicos (2014 – 2018).
- Indicadores de desempeño de Essalud (2014 – 2018).

3.4 Tamaño de muestra

No existe muestra

3.5 Selección de muestra

No se seleccionó muestra

3.6 Técnicas de recolección de Datos

La técnica de recolección de datos es la revisión documental. Se elaboró una ficha de recolección de datos que se analizó y se interpretó de acuerdo al modelo de análisis de costos del Manual que hizo referencia la investigación y según los ratios de costos el resultado se interpretó en relación a La eficiencia y sus indicadores y la evolución de los costos generados del Departamento de Emergencias del HNGAI.

Se realizó las gestiones administrativas para obtener la información necesaria en los departamentos de tesorería, contabilidad, estadística, planificación y desarrollo; elaborados por el departamento de estadística del Hospital Almenara desde el año 2014 hasta el 2018.

Centro de Costos: Emergencias del último quinquenio 2014-2018 expresado en millones de soles solicitada por el autor del proyecto a la oficina de tesorería y contabilidad.

Productividad: Producción Hospitalaria del periodo 2014-2018 expresado en número de atenciones de emergencia según prioridad solicitada por el autor a la Unidad de Estadística de la Red Asistencial Almenara de EsSalud

Fuentes de Información

- Censo Diario de Emergencia proporcionado por la Oficina de Admisión del H. Almenara al 31 de Diciembre del 2014-2018.

- Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) del H. Almenara al 31 de Diciembre del 2014-2018.
- Archivo base mensual de Emergencias del H. Almenara al 31 de Diciembre del 2014-2018.
- Sistema Estadístico de Salud (SES) / Producción Hospitalaria del H. Almenara al 31 de Diciembre del 2014-2018.

3.7 Análisis de los Datos

Para el análisis de datos y su interpretación se utilizó el Manual de Costos en Salud del departamento de Economía del Ministerio de Salud Pública (2009) que permitirá analizar la eficiencia de los costos del departamento de Emergencias del Hospital Almenara, utilizando la base de datos por centro de costos, la clasificación del objeto del costo, costos operativos, costo total, horas hombre y número de atenciones del último quinquenio (2014-2018).

Los datos fueron solicitados de manera formal a la Oficina de Tesorería y Contabilidad, siendo considerados como datos estadísticos de segunda fuente, los mismos, que previamente han sido elaborados por la Unidad de Estadística de la Red Asistencial Almenara de EsSalud durante el último quinquenio (2014-2018).

El proceso de registro de la base de datos que utilizará el autor del proyecto, será realizada mediante el llenado de tres hojas de cálculo: Costos, Horas Hombre, Número de atenciones, en el programa de Microsoft Excel de Windows 10, que tiene una versión amigable y práctica para la tabulación de datos.

Una vez que se reunieron todos los datos se tabularon utilizando la metodología de costos en Salud del Manual del MINSA que identifica el centro de costo, cantidad, coeficiente, horas médico, costo remuneraciones e indicadores de cumplimiento en número de atenciones del departamento de Emergencias del Hospital Almenara.

La data que se obtuvo fue almacenada como archivo en un disco duro y con un backup de seguridad para evitar la pérdida de los datos en versión digitalizada, de la misma forma, las impresiones fueron archivadas como evidencia de la veracidad de la fuente.

Las pruebas estadísticas realizadas fue codificada en datos y se usó utilizando como herramienta el software estadístico SPSS versión 22 donde se aplicó la prueba Rho de Sperman para las diferentes correlaciones que se necesitaron investigar para llegar a cumplir con los objetivos del estudio.

La prueba estadística descrita en el párrafo anterior sirvió para cotejar la significancia de la hipótesis nula, la correlación entre las variables y la confiabilidad de los datos de segunda fuente obtenidos en la institución.

Posteriormente se procedió a elaborar las conclusiones y recomendaciones del estudio a partir de los resultados obtenidos.

3.8 Consideraciones Éticas

Se entregó una solicitud formal a las áreas correspondientes pidiendo autorizar la entrega de la información de reportes y archivos digitales, dando expreso conocimiento de que el estudio es de carácter académico sin fines de lucro.

La obtención de información no tuvo ningún costo, ni incentivo económico para el personal de informática, tesorería o presupuesto y planificación.

Se respetó la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información que se obtuvo en la institución pública y se guardó la información con códigos y archivos digitales con contraseñas para garantizar la completa seguridad de la información.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, como establecimiento de salud de nivel III, el de mayor complejidad en Essalud a nivel nacional y que actúa como institución de referencia, cuenta dentro de su organigrama con un Departamento de Emergencia con la función de atender a las emergencias de mayor complejidad, pero que actúa como una emergencia general que recibe y brinda atención a pacientes con patologías desde la más simples hasta aquellas que requieren atención multidisciplinaria y altamente especializada, ha sido analizada en su desempeño en el periodo 2014 – 2018, buscando determinar la relación entre la eficiencia de los costos y la atención hospitalaria que dicha unidad productora de servicios de salud, considerada un centro de costos por Essalud, ha desempeñado en el periodo señalado.

Según la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de Essalud, a marzo del 2019 la población asegurada a nivel nacional está calculada en 11,450,501 personas. Los 21 establecimientos de salud que conforman la Red Prestacional Almenara conforman una red de servicios de emergencia dirigida a la atención de la patología aguda del paciente asegurado perteneciente a su ámbito sanitario la población adscrita de dicha red asistencial, que tienen en la emergencia como el principal establecimiento en la resolución de problemas de salud en dicha red y que ha sido objeto del presente estudio.

En el estudio se revisaron los archivos de estadísticas del HNGAI que muestran los indicadores de rendimiento de las Horas/Médico, de las camas y las salas, como referencia de eficiencia, por lo que, se consideró importante analizar si dichos índices tenían relación con los costos generados, representados como índices de costos del departamento de emergencias del HNGAI, y se obtuvieron los siguientes resultados:

4.2. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Existe relación significativa entre la eficiencia de la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.

Variables:

- Variable dependiente: Costos
- Variable independiente: Eficiencia de la atención hospitalaria

Variable dependiente

Variable 1: Costos

Dimensión 1: Centro de costo de Emergencia

Indicadores:

Costo Fijo: Remuneraciones

Costo Variable: Bienes + Servicios + Otros

Costo Total: Sumatoria de CF+CV

Variable independiente

Variable 2: Eficiencia de la atención hospitalaria

Indicadores:

Hora/Médico

Nº de Consultas médicas externas

Nº Total de atenciones en tópicos de Emergencias (P.I+P.II+P.III+P.IV)

Nº Indicadores de calidad (Prioridades de atención, estancia hospitalaria y número de defunciones)

4.3 Presentación de Resultados

Respecto a la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara

Irigoyen. 2014-2018, al aplicar el coeficiente de correlación entre ambos indicadores, resultó -0.060 lo que demuestra que existe una correlación inversa.

Cuadro 1

Cuadro 1. Correlación entre Costos y Hora/Médico. Servicio de Emergencia . Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014-2018

Año	Costos	Indicador de Eficiencia
	Índice de gasto de remuneraciones	Rendimiento Hora/Médico
2014	0.598	3.79
2015	0.591	3.82
2016	0.602	3.84
2017	0.540	3.79
2018	0.491	3.83
Coeficiente de correlación*		-0.060

*Rho de Spearman

Elaboración propia

Respecto a la relación costos y rendimiento hora/médico se encontró una variabilidad creciente en costos y variabilidad decreciente en rendimiento Hora/Médico en los años 2015, 2017 y 2018. Esto quiere decir que a pesar del aumento en los costos para mejorar la atención hospitalaria, el rendimiento ha venido siendo cada vez menor, situación que no es sostenible en el tiempo. Esta correlación resultó lejos de ser eficiente para la gestión de dicho periodo.

Cuadro 2. Correlación entre Costos y Cama de hospitalización. Servicio de Emergencia . Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014-2018

Año	Índice de costo de material médico y medicinas para salas de observaciones	Rendimiento de cama de hospitalización / egreso hospitalario
2014	0.395	3.04
2015	0.397	3.09
2016	0.434	2.98
2017	0.438	2.93
2018	0.536	3.05
Coefficiente de correlación		-0.042
<i>*Existe correlación negativa</i>		

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 2 apreciamos que a pesar del aumento en el índice de costos de material médico y de medicinas entre los años 2014 y 2018, el rendimiento ha venido disminuyendo por cada cama de hospitalización del departamento de emergencia en dicho periodo. Esta es otra situación no sostenible en el tiempo y se encuentra lejos de la eficiencia buscada por la gestión de Essalud. Los altos costos de tratamiento y los déficit presupuestales que ha venido presentando Essalud en sus informes económicos de los últimos años, exigen contar con gestiones eficientes en sus establecimientos de salud.

El rendimiento de cama de hospitalización es otro indicador de eficiencia donde también se muestra una relación inversa con los costos generados, debido al resultado del índice de correlación -0,042, cabe indicar, que el rendimiento de cada cama de hospitalización se contabiliza con el egreso hospitalario o salida de cada paciente hospitalizado, y los costos en los que incurrió el departamento de emergencias del HNGAI, tanto en materiales médicos, como en las medicinas utilizadas, las últimas pueden incrementarse, ya sea, por el tipo de tratamiento o el costo de las medicinas, sin embargo, el rendimiento de camas en pacientes de alta, puede ser cada vez menor, y también podría ser por el tipo de enfermedad del paciente u otros factores relacionados.

Cuadro 3. Correlación entre Costos y Sala de operaciones

Año	Índice de costo de material médico y medicinas para salas de observaciones	Rendimiento de sala de operaciones / intervenciones quirúrgicas
2014	0.132	52
2015	0.128	89
2016	0.152	87
2017	0.128	83
2018	0.115	146
<i>Coeficiente de correlación</i>		-0.538
<i>*Existe correlación negativa</i>		

Fuente: Elaboración propia

Sobre la correlación entre costos y sala de operaciones se determinó una correlación negativa de -0.538, el rendimiento no ha sido el adecuado. que significa que a mayores costos en los rubros de material médico y medicinas no se ha correlacionado positivamente con un rendimiento en la sala de operaciones en cuanto a intervenciones quirúrgicas. La nueva infraestructura de emergencia cuneta con un centro quirúrgico propio consistente en tres salas de operaciones y una sala de recuperación, adiferencia de la antigua emergencia en la que se usaban salas del centro quirúrgico general del hospital.

Asimismo, el resultado obtenido puede relacionarse al tipo de cirugía que se practique en el quirófano de manera imprevista y que haya generado altos costos en el material médico utilizado y en las medicinas usadas en dicha cirugía, esto, es muy difícil de predecir, ya que, las ocurrencias en el departamento de emergencias son en algunos casos insólitos.

Cuadro 4. Correlación entre estancia hospitalaria y costos

Correlaciones			Estancia hospitalaria	Costos
Rho de Spearman	Estancia hospitalaria	Coeficiente de correlación	1,000	,900*
		Sig. (unilateral)	.	,019
		N	5	5
	Costos	Coeficiente de correlación	,900*	1,000
		Sig. (unilateral)	,019	.
		N	5	5

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).

Fuente: Elaboración propia

En relación al cuadro 4 que correlaciona costos con estancia hospitalaria, éste es considerado uno de los indicadores de mayor importancia para Essalud, siendo un valor de menos de 24 horas la meta a lograr en el departamento de emergencia. Barreto en su tesis: Costos y resultados de los Pacientes Críticos en el Departamento de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara, realizada en el 2004, calculó costos de estancia en Emergencia que van desde 334.62 soles hasta 3367.23 soles, dependiendo del grado de complejidad de la emergencia que motivó su atención. La larga estancia de los pacientes en emergencia aumenta los costos de su atención.

Leung y colaboradores en su trabajo publicado en el 2018 Impacto de las mejoras de procesos en la eficiencia del departamento de emergencia, realizado en Ontario, Canadá, señala que las mejoras en los procesos influyen en la eficiencia de Emergencia. Esta aseveración que por sentido común parece obvia, se aplica por completo a la emergencia del Hospital Almenara. Desafortunadamente, la ineficiencia en los servicios de emergencia no son un tema infrecuente. Zheng en su estudio Eficiencia de los servicios médicos en diversas provincias, realizado el 2018 en China, identifica hospitales de todo nivel de complejidad con indicadores diversos alejados de los rangos esperados

Cuadro 5. Correlación entre producción hospitalaria y costos

Correlaciones			
		Producción hospitalaria por prioridad	Costos
Producción hospitalaria por prioridad	Correlación de Pearson	1	,668
	Sig. (unilateral)		,109
	N	5	5
Costos	Correlación de Pearson	,668	1
	Sig. (unilateral)	,109	
	N	5	5

El cuadro 5 señala la relación entre estancias hospitalarias y costos, evidentemente a mayores estancias se generan mayores costos. La emergencia del Hospital Almenara cuenta con una unidad de corta estancia denominada Unidad de Cuidados Especiales, la cual no ha tenido impacto positivo en la estancia hospitalaria del departamento, existiendo estudios como el realizado por Espiga y colaboradores en el 2017 realizado en España, en las que demuestran como dichas unidades si tienen un impacto positivo en la mejor eficiencia de su funcionamiento. .

Algo importante que se debe señalar es que Choon y colaboradores, en su estudio del 2019 realizado en Singapur, titulado Factores asociados con atenciones inapropiadas en el Departamento de Emergencia, encontraron que en emergencias de hospitales terciarios, las atenciones inapropiadas llegaron al 9,6%, lo cual confabula contra una mejor eficiencia del servicio de emergencia. El overcrowding evidente observado en las redes de emergencia incluyendo a la cabeza de la red Almenara favorece la ocurrencia de las atenciones inapropiadas.

Cuadro 6. Correlación entre Atenciones hospitalarias según tópicos y costos

Correlaciones			Atenciones médicas según tópicos	Costos
Rho de Spearman	Atenciones médicas según tópicos	Coeficiente de correlación	1,000	,500
		Sig. (unilateral)	.	,196
		N	5	5
	Costos	Coeficiente de correlación	,500	1,000
		Sig. (unilateral)	,196	.
		N	5	5

Fuente: Elaboración propia

En la prueba estadística Rho de Spearman se mide el nivel de significancia para determinar si existe correlación o no, entre las atenciones médicas según tópicos y los costos generados, ambos del departamento de emergencias del HNGAI, y se puede apreciar que el nivel es **0,196** lo que refiere que existe una relación de correlación positiva entre ambas, es decir, a medida que las atenciones se incrementen los costos que se generen en relación a todos los tópicos se incrementarán.

Cuadro 7. Correlación entre defunciones y costos. Servicio de Emergencia . Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2014-2018

Correlaciones			Defunciones	Costos
Rho de Spearman	Defunciones	Coeficiente de correlación	1,000	-,200
		Sig. (unilateral)	.	,374
		N	5	5
	Costos	Coeficiente de correlación	-,200	1,000
		Sig. (unilateral)	,374	.
		N	5	5

Fuente: Elaboración propia

Sobre el cuadro 7 que señala la correlación entre mortalidad y costos, Petko y colaboradores realizaron en Pleven, Bulgaria en el 2017 el denominado Análisis de la Mortalidad en el Departamento de Emergencia en un Hospital Universitario. Se pudo ver que la mayoría de defunciones se dan dentro de las 2 primeras horas de haber ingresado al servicio de emergencia. El gran porcentaje de pacientes con una estancia mayor a las 24 horas produce una tasa de defunción importante con una estancia mucho mayor a la deseada. La larga estancia hospitalaria provoca la ocurrencia de una mayor número de defunciones y otras complicaciones intrahospitalarias.

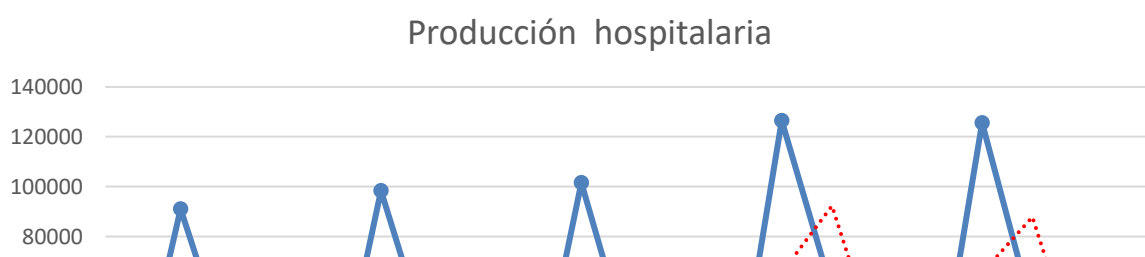


Figura 2. Producción hospitalaria 2014-2018. Fuente: Datos tomados del departamento de estadística del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud.

La producción hospitalaria según el nivel de prioridad muestra una tendencia ligeramente estable en todos los niveles, sin embargo, sobre sale la producción hospitalaria del nivel prioridad II que desde el año 2014, muestra un crecimiento continuo incluso en los últimos dos años, presenta los picos más altos de producción.

Existe relación positiva entre la eficiencia de las atenciones médicas en los tópicos de emergencia y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.

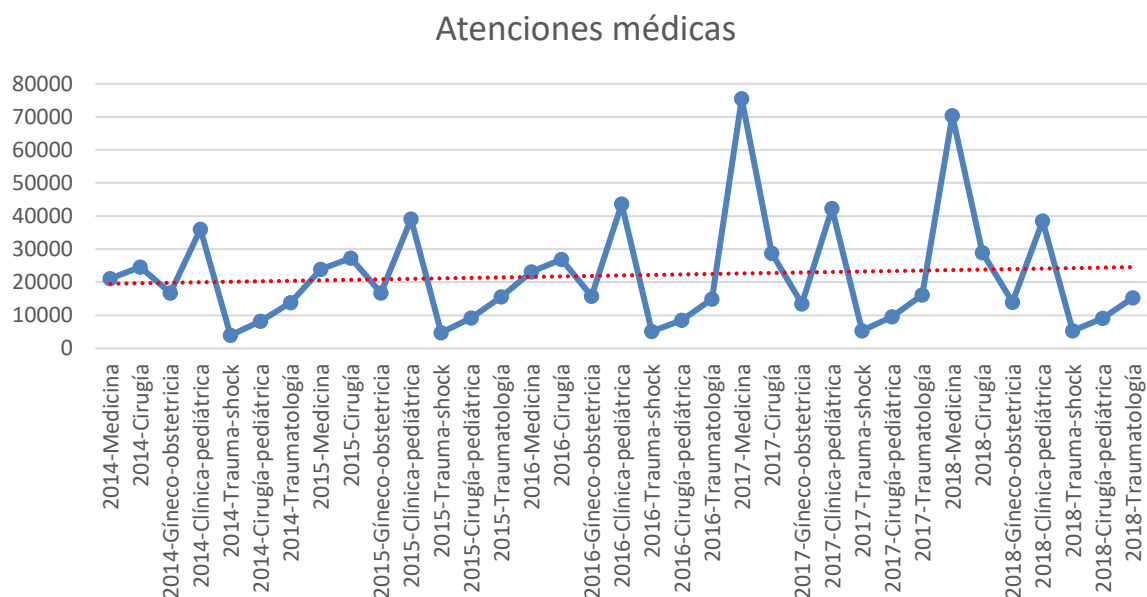


Figura 3. Atenciones médicas 2014-2018. Fuente: Datos tomados del departamento de estadística del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud.

Las atenciones médicas según los tópicos de atención en Emergencias tiene una tendencia ligeramente creciente, asimismo, el tópico Clínica pediátrica en los años 2014, 2015 y 2016; representa los picos más altos de atenciones médicas en relación a los otros tópicos, seguido del tópico de Medicina en los años 2017 y 2018.

Existe relación significativa entre la tasa de defunciones y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.

En esta última prueba aplicada al número de defunciones del departamento de emergencias del HNGAI se muestra que resultó un coeficiente 0,374, lo que significa que existe relación directa entre el número de defunciones y los costos que generan en el hospital del estudio.

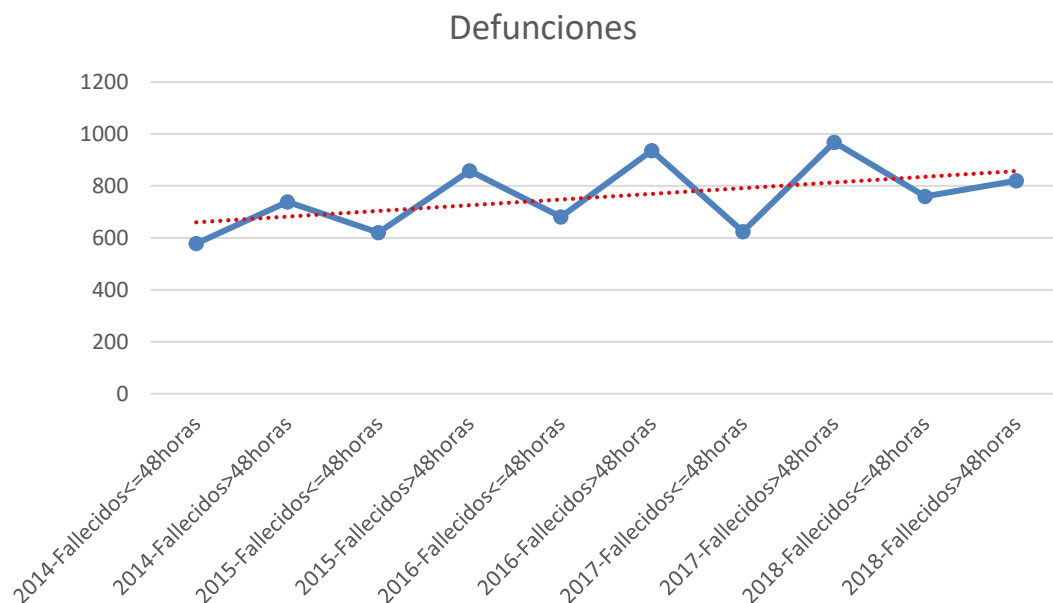


Figura 4. Defunciones 2014-2018. Fuente: Datos tomados del departamento de estadística del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. EsSalud.

Las defunciones se clasifican en dos grupos: Fallecidos ≤ 48 horas y Fallecidos >48 horas en el departamento de emergencias del HNGAI muestran una tendencia creciente fuerte, en los últimos tres años del estudio, principalmente en el segundo grupo, lo que pudo haber sido por causa de la gravedad de la emergencia y el paciente no pudo resistir la cirugía y tratamiento, que muchas veces, puede ser con fármacos muy potentes, o también pudo ser por el débil estado de salud del paciente, no se pudo especificar los factores intervinientes en los causas de fallecimiento de los pacientes atendido en el departamento de emergencias del HNGAI, los picos más altos de fallecimiento >48 horas fueron en los 2016 y 2017; presentando en el último año un decrecimiento en las estadísticas.

4.4 DISCUSIÓN

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, como establecimiento de salud de nivel III, el de mayor complejidad en Essalud a nivel nacional y que actúa como institución de referencia, cuenta dentro de su organigrama con un Departamento de Emergencia con la función de atender a las emergencias de mayor complejidad, pero que actúa como una emergencia general que recibe y brinda atención a pacientes con patologías desde la más simples hasta aquellas que requieren atención multidisciplinaria y altamente especializada, ha sido analizada en su desempeño en el periodo 2014 – 2018, buscando determinar la relación entre la eficiencia de los costos y la atención hospitalaria que dicha unidad productora de servicios de salud, considerada un centro de costos por Essalud, ha desempeñado en el periodo señalado.

Según la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de Essalud, a marzo del 2019 la población asegurada a nivel nacional está calculada en 11,450,501 personas. Los 21 establecimientos de salud que conforman la Red Prestacional Almenara conforman una red de servicios de emergencia dirigida a la atención de la patología aguda del paciente asegurado perteneciente a su ámbito sanitario la población adscrita de dicha red asistencial, que tienen en la emergencia como el principal establecimiento en la resolución de problemas de salud en dicha red y que ha sido objeto del presente estudio.

Debemos señalar que el departamento de Emergencia del Hospital Almenara tiene sus particularidades tanto administrativas como clínicas, que no son comparativas a nivel internacional, pero que igual sufren la presión de buscarse mejoras en su desempeño ó eficiencia operacional, tal como lo menciona Kang en su trabajo realizado en el 2017 en Virginia, Estados Unidos. En el Hospital Guillermo Almenara la población adscrita a dicha red asistencial corresponde a 1,491,451 asegurados.

En el cuadro 2 se evidencia la variabilidad creciente en costos y variabilidad decreciente en rendimiento Hora/Médico en los años 2015, 2017 y 2018. Es de esperar que se debiera observar un crecimiento progresivo en este indicador, lo

cual no se evidencia. Cortés y colaboradores en el año 2002 presentó en Colombia el Análisis de Costos de la Atención Médica Hospitalaria, donde señala que la tendencia actual de los hospitales es la reducción de los costos, lo cual puede variar en forma importante, proporcionalmente a la duración de la estancia hospitalaria. Señala además que los costos aumentan grandemente cuando existe una proporción importante de pacientes atendidos como urgencias cuando en realidad no lo eran. Esta es una deficiencia que también suele ocurrir en el triaje de nuestro departamento.

El cuadro 3 muestra una relación inversa con los costos generados de las camas de hospitalización de emergencia en relación a su rendimiento, con un índice de correlación de -0,042, posiblemente influenciado por el tipo de enfermedad del paciente sumado a otros factores. Carnota en su trabajo titulado: El crecimiento de los costos desde el punto de vista de la ineficiencia, realizado en el 2017 en Cuba, señala que existen 10 causas principales de ineficiencia, entre las cuales resalta la estancia inadecuada, errores médicos y calidad de atención deficiente y el uso excesivo de equipos y procedimientos, entre otros.

Sobre la estancia hospitalaria, éste es considerado uno de los indicadores de mayor importancia para Essalud, siendo un valor de menos de 24 horas la meta a lograr en el departamento de emergencia. Barreto en su tesis: Costos y resultados de los Pacientes Críticos en el Departamento de Emergencia del Hospital Guillermo Almenara, realizada en el 2004, calculó costos de estancia en Emergencia que van desde 334.62 soles hasta 3367.23 soles, dependiendo del grado de complejidad de la emergencia que motivó su atención.

Los cuadros 05 y 06 señalan la relación entre estancias hospitalarias y costos, evidentemente a mayores estancias se generan mayores costos. La emergencia del Hospital Almenara cuenta con una unidad de corta estancia denominada Unidad de Cuidados Especiales, la cual no ha tenido impacto positivo en la estancia hospitalaria del departamento, existiendo estudios como el realizado por Espiga y colaboradores en el 2017 realizado en España, en las que demuestran como dichas unidades si tienen un impacto positivo en la mejor eficiencia de su funcionamiento.

Leung y colaboradores en su trabajo publicado en el 2018: Impacto de las mejoras de procesos en la eficiencia del departamento de emergencia, realizado en Ontario, Canadá, señala que las mejoras en los procesos influyen en la

eficiencia de Emergencia. Esta aseveración que por sentido común parece obvia, se aplica por completo a la emergencia del Hospital Almenara. Desafortunadamente, la ineficiencia en los servicios de emergencia no son un tema infrecuente. Zheng en su estudio: Evaluación en 4 etapas de la eficiencia de los servicios médicos en diversas provincias, realizado el 2018 en China, identifica hospitales de todo nivel de complejidad con indicadores diversos alejados de los rangos esperados.

Algo importante que debemos señalar es que Choon y colaboradores, en su estudio del 2019 realizado en Singapur, titulado: Factores asociados con atenciones inapropiadas en el Departamento de Emergencia, encontraron que en emergencias de hospitales terciarios, las atenciones inapropiadas llegaron al 9.6%, lo cual confabula contra una mejor eficiencia del servicio de emergencia. El overcrowding evidente observado en las redes de emergencia incluyendo a la cabeza de la red Almenara favorece la ocurrencia de las atenciones inapropiadas.

Sobre el cuadro 07 que señala la correlación entre mortalidad y costos, Petko y colaboradores realizaron en Pleven, Bulgaria en el 2017 el denominado Análisis de la Mortalidad en el Departamento de Emergencia en un Hospital Universitario. Se pudo ver que la mayoría de defunciones se dan dentro de las 02 primeras horas de haber ingresado al servicio de emergencia. El gran porcentaje de pacientes con una estancia mayor a las 24 horas que quedan hospitalizados en el Hospital Almenara produce una tasa de defunción importante con una estancia muy mayor a la deseada.

El departamento de emergencia en la práctica funciona casi como un hospital dentro de otro hospital, al albergar pacientes que no pueden ser transferidos a áreas de hospitalización por semanas y a veces meses. Esto distorsiona grandemente los indicadores de desempeño del departamento. La poca capacidad de respuesta de las áreas de hospitalización repercuten grandemente en el departamento de emergencia. Ambas áreas deben complementarse, no competir entre sí. Las largas estancias en emergencia son un caldo de cultivo para la aparición de los problemas médico legales, aumento de las complicaciones intrahospitalarias y elevación de los costos de atención del departamento.

CONCLUSIONES

1. Existe relación inversa entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014-2018.
2. Existe relación directa entre la eficiencia de la estancia hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.
3. Existe relación directa entre la producción hospitalaria según el nivel de prioridad y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.
4. Existe relación directa entre la eficiencia de las atenciones médicas en los tópicos de emergencia y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.
5. Existe relación directa entre las defunciones y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.

RECOMENDACIONES

1. Revertir la relación inversa que se obtuvo en relación al costo y eficiencia, ya que, si se sigue incrementando el costo y sin mejorar el uso de los recursos para el cumplimiento de sus objetivos o producción hospitalaria los indicadores de rendimiento disminuirán al pasar de los años.
2. Realizar la evaluación de costos que permita llegar a un nivel de eficiencia óptimo revisando las subpartidas de costos de manera muy detallada para que futuras investigaciones puedan analizar la reducción de costos según tópicos o nivel de prioridades o intervenciones quirúrgicas y lograr un nivel de producción hospitalaria eficiente en departamento de emergencias de un hospital nacional.
3. Realizar un estudio comparativo en los próximos años para identificar puntos críticos en los costos por remuneraciones, bienes o servicios; para un mejor control de los mismos y evitar costos innecesarios o sobrevalorados en futuras gestiones.
4. Priorizar el aumento de las camas hospitalarias y mejorar capacidad de respuesta en servicios de emergencia en los establecimientos de la red asistencial del Hospital Nacional Guillermo Almenara. Se debe descontinuar el potenciar aun más la oferta de atención en la emergencia del Hospital Base. Esto contribuye a centralizar y saturar aún más la demanda en el Hospital Almenara.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alemany, J.M. (2004). *El ciclo Shewhart o el Ciclo Deming*. Centro Tecnológico.

Barreto, Omar. Costos y resultados de los pacientes críticos en el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. Tesis UNMSM segunda especialidad. 2004.

Bejarano, Mónica (2011). *Evaluación cuantitativa de la eficiencia en las salas de cirugía*. *Revista Colombiana de Cirugía*. 26 (4): 273-284. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534527005>

Beltrán A., Seinfeld J. (2012). *Retos del Sistema de Salud: el paradigma del Cáncer*. En *Cuando despertemos en el 2062. Visiones del Perú en 50 años*. Seminario B, Sanborn C, Alva N. Editores. Universidad del Pacífico, Lima. 443-483.

Carnota, Orlando. El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia. *Revista Cubana de Salud Pública* 2017; 43 (3) 586-609.

Castillo, N., Malo, M., Villacres, N., Chauca, J., Cornetero, V., Roedel de Flores, K., Tapia, R. & Ríos, R. (2017). Metodología para la estimación de costos directos de la atención integral para enfermedades no transmisibles. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(1). Ministerio de Salud. Lima. Perú. 119-125.
<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2774>

- Castañer, M. F., Soler, A. S., Sarvisé, C. B., March, L. R., Garcia, M. A. C., Fuentes, M. C., Díaz, A. G. (2018). Impacto de la crisis económica en la actividad y eficiencia de un hospital terciario universitario. *Revista Española de Salud Pública.*, 92. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100423&lng=es&nrm=iso
- Chero Farro, Dially Ysabel Karin y Cabanillas Olivares, Angella Danae (2018) *Características de los pacientes adultos con estancia prolongada atendidos en el servicio de emergencia en el Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA) durante los meses de febrero y marzo del año 2016*. (Tesis para optar el título de Medico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú. Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1009/1/T_L_CabanillasOlivaresAngellaDanae_CheroFarroDiallyYsabelKarin.pdf.pdf
- Chidi, O. O., Perman, S. M., & Ginde, A. A. (2017). Characteristics of Short-stay Critical Care Admissions From Emergency Departments in Maryland. *Academic Emergency Medicine*, 24(10): 1204-1211. <https://doi.org/10.1111/acem.13188>
- Collazos Flores, C.L. y Torres La Rosa, K.R. (2018). *La eficacia de la telemedicina en la mejora de los servicios de emergencia*. (Trabajo Académico Para Optar El Título De Especialista En Enfermería En Emergencias Y Desastres). Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Lima. Perú
- Cortés Buelva, A, Flor, E., Duque, G. (2002). Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica

privada de nivel II-III. *Colombia Médica*, 33(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28333201.pdf>

Cubas Sánchez, J. L. (2018). *Evaluación del sistema de control interno para medir el impacto de la eficiencia en la ejecución presupuestaria del hospital regional Lambayeque en el periodo 2014*. (tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú

Espiga, Fernando. Impacto de la Creación de Una Unidad de Corta Estancia dependiente orgánicamente de Urgencias en la Gestión Clínica y la Calidad Asistencial. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias Y Emergencias*. Vol 29 N° 3 (Junio) 2017pp 147-153.

García Hanson, J. y Salazar Escobar, P. (2005). *Métodos de Administración y Evaluación de Riesgos*. (trabajo para optar el Título de Ingeniería en Información y Control de Gestión). Universidad de Chile Facultad de Economía y Negocios Escuela de Sistemas de Información y Auditoría. Chile. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/garcia_j2/sources/garcia_j2.pdf

García Fariñas, A, De Vos, P., Jova Morel, R., Bonet Gorbea, M., García Roche, R., & Van de Stuyft, P. (2006). Costos del subsistema de urgencias en la atención primaria de salud en Cuba, 1999-2000. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662006000100007&lng=es&nrm=iso

Hospital Nacional Guillermo Almenara.(2018) Reglamento de Organización y Funciones.

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.(2014). ROF-RP. Lima. Perú

Iriart, C., Merhy, E. E., & Waitzkin, H. (2000). *La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma*. Cuadernos de Saúde Pública, 16(1), 95-105. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100010>

Kang, Hyojung. Evaluating the relationship between productivity and quality in Emergency Departments. Journal of Healthcare Engineering. Volume 2017. pp 1-8

Lau Cabanillas, R.A. (2005). *Efectividad y eficiencia de los equipos de gestión en el logro de los objetivos del servicio de consulta externa, hospitalización y Emergencia Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Essalud 2000 – 2002*. (tesis doctoral). Universidad Nacional de Trujillo. Escuela de post grado. Programa Doctoral de Planificación y Gestión. Trujillo. Perú

Lavielle Laugart, S. (2013). El registro y control de los costos de calidad. Un análisis alternativo, en la fabricación de un producto exportable. *Anuario Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales*.(5):149-59.

Leung, Alexander. Impact of Process Improvements on Measures of Emergency Department Efficiency. Canadian Journal of Emergency Medicine. March 2017,pp 96-105

López Proaño, M. (2017). *Análisis de la eficiencia de la inversión pública el hospital del fina torres de concha de esmeraldas: un estudio antes y después de su repotenciación*.(tesis pegrado) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Economía. Quito. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13004>

- Lunkes, R., Naranjo-Gil, D., & Lopez-Valeiras, E. (2018). Management Control Systems and Clinical Experience of Managers in Public Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4). 776. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040776>
- Marie Mokate, K. (2006). *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿Qué queremos decir?* Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales". Recuperado de: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/gover/2006_03_eficacia_eficiencia.pdf
- McPhail, S. (2016). Multimorbidity in chronic disease: impact on health care resources and costs. *Risk Management and Healthcare Policy*. 9: 143-156. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S97248>.
- Mejia Alva, M.R. (2018). *Mejora en la infraestructura y equipamiento del Servicio de Emergencia de la Clínica Belén. Chimbote 2018*. Trabajo de Investigación de Segunda Especialidad en Enfermería en Emergencias y Desastres). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. Chimbote. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/3986>
- Ministerio de Salud - EsSalud. (20017) Plan Estratégico Institucional 2017-2021. (2017) Lima. Perú
- Ministerio de Salud. Ministerio de Economía y Finanzas. (1997). *Ley N° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud*. Lima. Perú

Ministerio de Salud. (2009). Manual de instrucciones y procedimientos de Costos en Salud elaborado por el Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.dncontabilidad.sld.cu/Doc/act/manuales/MA%20DE%20COSTOS%20EN%20SALUD.pdf>

Moon, Hong et al. Factors associated with inappropriate attendances at the emergency department of a tertiary hospital in Singapore. Singapore Medical Journal. 2019.1-18

Moreno García, I. (2013) *La reingeniería de procesos, una herramienta en la gestión de negocios: Caso Cereales Santiago*. Anuario Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. 2013;(5):169-79. ISSN 2218-3639.

Mukodsi, M. y Borges, L.D.L.C. (2000). Aplicación del costo-eficiencia en un área de salud. *Revista Cubana Medicina General e Integral* 16(5):461-7. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/298608228_Aplicacion_del_costo-eficiencia_en_un_area_de_salud

Ortega Pérez de León (2005). *Contabilidad de costos*. Editorial Limusa S.A. De C.V. p.51

Parra Pérez, KM. y Soulayr Villalón, ME. (2013). Acercamiento a la NIC 41. Impacto en la presentación del estado de resultados. *Anuario de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales*. 2013 2-2014; V(enero): 205-12.

Petko,Hristov. Analysis of Mortality in The Emergency Department at a University Hospital in Pleven. Journal of International Medical Research. 2017, Vol 45(5)1553-1561.

Quico Nina, R. (2018). *Caracterización del control interno del sistema de abastecimientos de los hospitales del Perú: Caso Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca, 2017*. (tesis de pregrado). Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Juliaca. Perú. Recuperado de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/2770>

Ramírez, F. (2011). Eficiencia de la calidad de la Gestión. Guía de la Mejora. *Revista Avanzada Científica*. 2011; 13(2):39-48.

Ramos Alfonso, Y. (2013). *Costos de Calidad. Importancia. En: Memorias de la VI Convención Científica Internacional de la Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos". Matanzas: CIUM; 2013. ISBN 978-959-16-2100-9.*

Ramos Alfonso, Y.; Acevedo Suárez, J.; Ramírez Betancourt, F. y García Rodríguez, E. (2013). *Modelo de gestión de la eficiencia basado en los costos de la calidad con enfoque generalizador*. Universidad Matanzas Camilo Cienfuegos. Matanzas, Cuba. Matanzas, Cuba. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362016000100007

Reátegui Shapiama, Carlos Magno (2018). *Análisis del costo de referencia de pacientes de la red asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011 – 2015*. (Tesis Para Optar el Grado Académico de Maestro en Gestión Empresarial). Facultad de Ciencias Económicas y de Negocios. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos. Perú. Recuperado de: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5642/Carlos_Tesis_Maestria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Saef, S., Melvin, C., & Carr, C. (2014). *Impact of a Health Information Exchange on Resource Use and Medicare-Allowable Reimbursements at 11 Emergency Departments in a Midsized City. Western Journal of Emergency Medicine, 15(7), 777-785.*
<https://doi.org/10.5811/westjem.2014.9.21311>
- Santamaría Benhumea, A. M., Herrera Villalobos, J. E., Sil Jaimes, P. A., Santamaría Benhumea, N. H., Flores Manzur, M. Á., & del Arco Ortiz, A. (2015). Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. *Medicina e Investigación, 3(2).* D.F. México. 134-140.
<https://doi.org/10.1016/j.mei.2015.06.001>
- Selck, F. W., & Decker, S. L. (2016). Health Information Technology Adoption in the Emergency Department. *Health Services Research, 51(1), 32-47.* <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12307>

Suárez Forero, C.J. & Escobar Arteaga, L.J. (2016). Propuesta de mejora en la calidad y eficiencia en el área de urgencias del hospital Engativá II Nivel E.S.E. Utilizando Seis Sigma.(trabajo de grado para optar el título de Ingeniero Industrial. Recuperado de: <http://repository.lasalle.edu.co/handle/10185/28627>

Suzuki, T., Nishida, M., Suzuki, Y., & Kobayashi, K. (2008). The Imminent Healthcare and Emergency Care Crisis in Japan. West Journal Emergency Medicine. 9 (2): 91-96. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672251/>

Than, T. M., Saw, Y. M., Khaing, M., Win, E. M., Cho, S. M., Kariya, T., Hamajima, N. (2017). Unit cost of healthcare services at 200-bed public hospitals in Myanmar: what plays an important role of hospital budgeting? BMC Health Services Research, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2619-z>

Ward, M. J., Ferrand, Y. B., Laker, L. F., Froehle, C. M., Vogus, T. J., Dittus, R. S., Pines, J. M. (2015). The Nature and Necessity of Operational Flexibility in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine, 65(2), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.08.014>

Zheng, Wanhui. A four-stage DEA-based efficiency evaluation of public hospitals in China after the implementation of new medical reforms. PLOS ONE. October 2018. 1-17

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

Operacionalización de variables de la investigación: "Relación entre eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014-2018"

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Costos	Los costos son el conjunto de pagos, obligaciones contraídas, insumos, depreciaciones, amortizaciones y aplicaciones atribuibles a un periodo determinado, incurridos relacionados con las funciones de producción de un bien o servicio, su distribución, administración y financiamiento para la toma de decisiones. (Ortega,2005, p.51)	Costo Fijo CF Costo Variable CV Costo Total	Remuneraciones personal médico de Emergencia HNGA Bienes Servicios Otros de Emergencia HNGA Sumatoria de CF+CV de Emergencia HNGA	Cuantitativa	Continua
Eficiencia	La Eficiencia describe la relación entre dos magnitudes, la producción de un bien o servicio y los insumos (financieros, humanos o bienes) utilizados para su generación. Este tipo de indicador está referido a la producción de bienes o servicios, utilizando el mínimo de recursos disponibles. (MNSA, 2009,p.4)	Atención hospitalaria	Hora/Médico Médico de Emergencia HNGA N° de Consultas Médicas Externas N° Total de atenciones en Tópicos de Emergencia HNGA (P.I+P.II+P.III+P.IV)	Cuantitativa	Continua

		Medicina		
		Cirugía		
		Gineco-		
		Obstetricia		
		Clínica Pediátrica		
		Shock Trauma		
		Cirugía		
		Pediátrica		
		Traumatología		
	Calidad	Prioridad de atención Nivel I, II, III y IV	Cuantitativa	Continua
		Estancia hospitalaria		
		< 24 horas		
		>24 horas		
		Porcentaje de defunciones		

Anexo 2: Matriz de consistencia

Matriz de consistencia de la investigación: "Relación entre eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014-2018"					
Preguntas de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
¿Cuál es la relación entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014. 2018?	Determinar si existe relación significativa entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014-2018.	Existe relación significativa entre la eficiencia en la atención hospitalaria y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 2014-2018.	Costos	Reconocimiento de los costos Medición de los costos Registro contable de los costos	Tipo: descriptivo, observacional Diseño: analítico correlacional, de corte transversal, retrospectivo Enfoque: cuantitativo
1. ¿Cuál es la relación que existe entre la eficiencia de la estancia hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.?	1. Determinar si existe relación entre la eficiencia de la estancia hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.	1. Existe relación significativa entre la eficiencia de la estancia hospitalaria y los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014-2018.	Eficiencia	Atención hospitalaria	Instrumento: Cuestionario En base a: Manual de instrucciones y procedimientos de Costos en Salud, MINSA, (2009) La finalidad del manual es dotar a los Especialistas del conocimiento que le permitan implantar de forma personal los Costos en cualquier Entidad del Sistema Nacional de Salud.
2. ¿Cuál es la relación que existe entre la producción hospitalaria según el nivel de prioridad y los costos generados por el	2. Determinar si existe relación entre la producción hospitalaria según el nivel de prioridad y los costos generados por el	2. Existe relación significativa entre la producción hospitalaria según el nivel de prioridad y los costos generados por el			

<p><i>Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.?</i></p> <p>3. <i>¿Cuál es la relación que existe entre la eficiencia de las atenciones médicas en los tópicos de emergencia y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.?</i></p> <p>4. <i>¿Cuál es la relación que existe entre la tasa de defunciones y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.?</i></p>	<p><i>Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.</i></p> <p>3. <i>Determinar si existe relación entre la eficiencia de las atenciones médicas en los tópicos de emergencia y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.</i></p> <p>4. <i>Determinar si existe relación significativa entre la tasa de defunciones y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.</i></p>	<p><i>Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.</i></p> <p>3. <i>Existe relación significativa entre la eficiencia de las atenciones médicas en los tópicos de emergencia y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.</i></p> <p>4. <i>Existe relación significativa entre la tasa de defunciones y los costos generados por el Departamento de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara. 2014 2018.</i></p>		<p><i>Calidad</i></p>	<p><i>Para las estadísticas de probabilidad, correlación y confiabilidad, se utilizará el software estadístico SPSS versión 22 y se aplicarán las pruebas estadísticas: Chi-cuadrado, el coeficiente de Pearson y la prueba Alfa de Cronbach.</i></p>
--	---	---	--	-----------------------	---

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación

“RELACIÓN ENTRE EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y LOS COSTOS GENERADOS POR EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN. ESSALUD. 2014-2018”

Señor/a Gerente

EsSalud

Por la presente le informo que estoy realizando mi proyecto de tesis en la Maestría en Gerencia de Servicios en Salud, con el objetivo de analizar la eficiencia de los costos generados por el departamento de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara durante el quinquenio 2014 – 2018.

Su participación en calidad de gestor en la administración de la institución es valiosa porque permitirá comprender la gestión de costos desde su planificación presupuesta hasta la finalización anual para determinar la eficiencia.

Le agradezco su participación respondiendo con la mayor sinceridad y apertura a una argumentación gerencial desde su experiencia en la institución.

Le tomara de treinta minutos responder al cuestionario, y para facilitar esta toma de datos se le realizara una grabación la cual se pasará a documento Word y se le entregara para que la pueda evaluar y certificar como propia.

La información que usted nos brinde es de absoluta confidencial, no se publicarán los resultados con nombres de las personas.

No tiene ningún costo para usted

Si acepta participar, por favor firme este documento, en señal de que ha comprendido el propósito de la encuesta.

Si después de firmar y responder al cuestionario tiene alguna duda puede llamar para mayor explicación al investigador responsable M.C. Esp. Carlos García, cuyo teléfono celular es 99792996

Acepto participar respondiendo al cuestionario.

.....
Nombre y apellidos

.....
Firma

Fecha.....

Hora:

Anexo 5: Memoria Anual 2017 de EsSalud



1.1. Historia de ESSALUD

	1936 12 de agosto	
	Ley N° 8433 Se crea la Caja Nacional del Seguro Social Obrero.	1948
	1973 D.L. N° 20212 Se unifican ambos regímenes (Ley N° 8433 y D.L. N° 10902)	D.L. N° 10902 Se crea el Seguro Social Obligatorio del Empleado
	1997 Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud	1980 D.L. N° 23161 Se crea el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS).
	2009 Ley N° 29344 Se promulga la Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud, que crea la SUNASA, sobre la base de la SEPS.	1999 Ley N° 27056 Ley de creación del Seguro Social de Salud-ESSALUD, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
	2012 D.S. N° 016-2012-TR Se declara en reorganización ESSALUD	2011 Ley N° 29626 Se incorpora ESSALUD al ámbito de FONAFE
	2016 D.S. N° 1246 Aprueba diversas medidas de simplificación administrativa D.L. N° 1302 Que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público. D.S. N° 010-2016-SA Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas D.S. N° 030-2016-SA Aprueba el reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.	2013 D.L. N° 1155: Se dicta las medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio. D.L. N° 1157: Aprueba la modernización de la inversión pública en salud. D.L. N° 1158: Se cambia la denominación de SUNASA a SUSALUD. D.L. N° 1169: Se establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que ESSALUD notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero. D.L. N° 1170: Establece la prelación del pago de las deudas a la Seguridad Social en Salud. D.L. N° 1172: Establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la Seguridad Social en Salud y la obligación de informar del trabajador.
		2017 DS N° 027-2017-SA: Se aprueba Política Nacional de Hospitales Seguros frente a los Desastres



Anexo 6: Plan Estratégico Institucional EsSalud 2017- 2021 Pág.
103

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 3.1 Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones					
Nombre del Indicador	Porcentaje de establecimientos con nuevo sistema de costos implementado				
Definición	Cantidad de establecimientos de prestaciones de salud con nuevo sistemas de costos implementado (costos unitarios promedio + costos por actividad médica) del total de establecimientos propios de la Institución. (no IPRESS extrainstitucionales, ni establecimientos en Asociación Público Privada)				
Tipo de indicador	Indicador de Proceso				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	N.D.			N.D.	
Justificación	Mejorar la correcta contabilidad de costos de las prestaciones que se brindan, así como los gastos administrativos que se utilizan para dar soporte a dichas prestaciones. Requiere la implementación y adecuación de un nuevo sistema de costos que nos permita monitorear los costos de la Institución.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Apertura o cierre de establecimientos de salud al momento de publicar este indicador y que no hayan sido planificados. Se supone que nuevo sistema HIS se podrá conectar al sistema actual; o viene con su propia herramienta para analizar los costos al detalle.				
Variables de medición	Establecimientos de Salud propios de ESSALUD				
Fórmula o método de cálculo	Establecimientos de Salud propios con Sistema de Costos Implementado (Costo Unitario Promedio + Costo por Actividad Médica) / Total de Establecimientos de Salud propios.				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	5%	15%	40%	80%	100%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual				
Fuente de datos	SISCOS				
Base de datos	SISCOS				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Anual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto				
Órganos involucrados	GCPP / Todas las Redes Asistenciales / Todas las Redes Prestacionales				

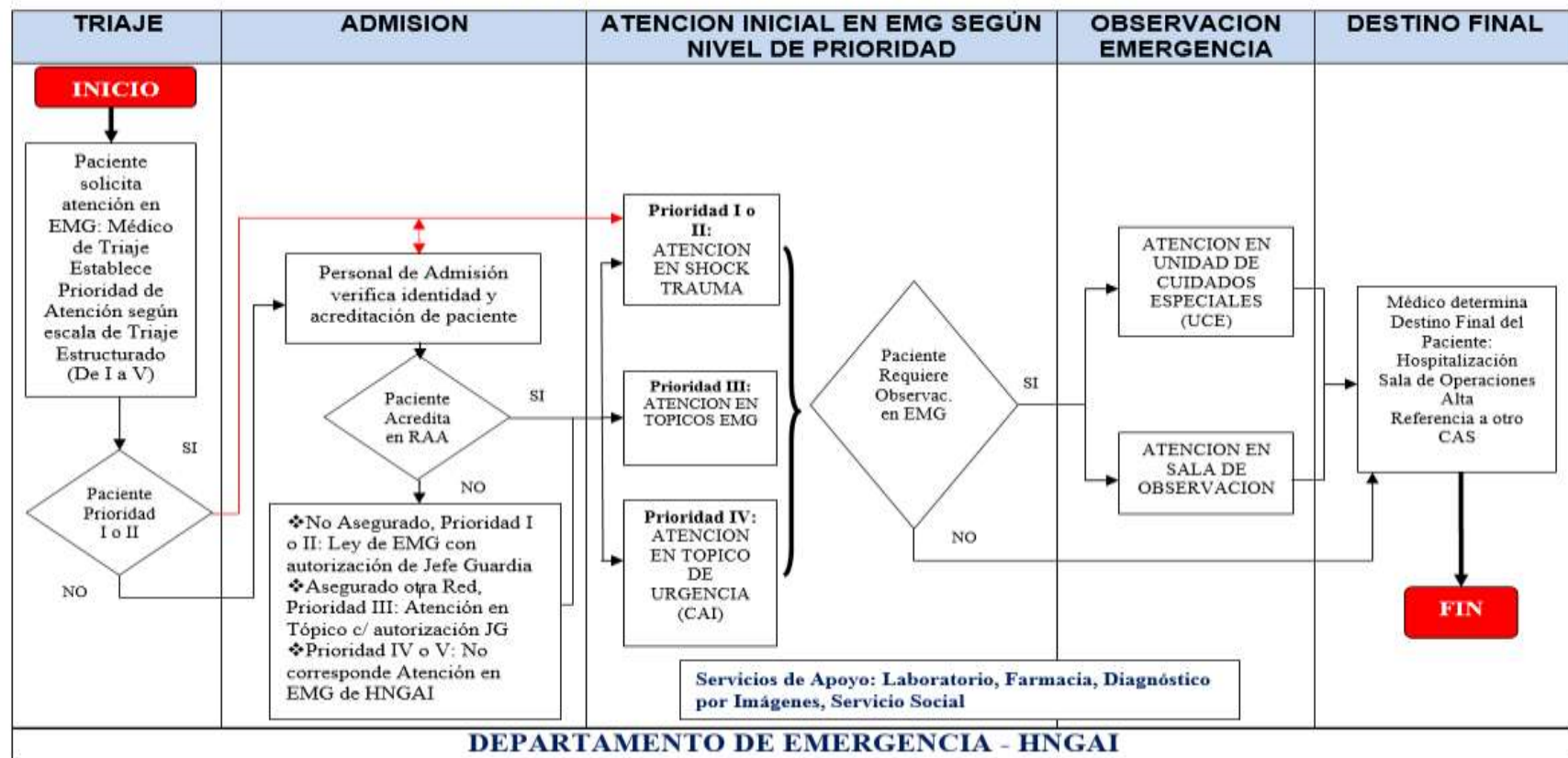
Plan Estratégico Institucional 2017 - 2021

Ficha de Protocolo de Indicador					
OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 3: Brindar Servicios Sostenibles Financieramente.					
ACCIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL AE 3.1 Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones					
Nombre del Indicador	Porcentaje de déficit del presupuesto institucional				
Definición	Déficit del Presupuesto Institucional, es la falta de ingresos generados en un período presupuestal para cubrir los egresos generados del mismo período, este no considera fuentes de financiamiento como saldos de balance, o financiamientos externos.				
Tipo de indicador	Indicador de resultado				
Nivel de desagregación geográfica	Nacional				
Valor del indicador t=Año de Inicio del PEI	Información Histórica				
	Año t-2 (2015)			Año t-1 (2016)	
	No hubo déficit			1.23%	
Justificación	Los egresos de la institución crecen más rápido que los ingresos, se proyecta para los siguientes años que los egresos serán mayores que los ingresos; generado déficit en el presupuesto; estos se cubrirán con saldo de balance de años previos donde hubo superávit de presupuesto. Para el 2021 el déficit objetivo es de cero.				
Limitaciones y Supuestos empleados	Regulación futura que tenga impacto en los egresos y/o ingresos. Contingencias no planificadas (como emergencias sanitarias, desastres naturales, etc.). Aprobación anual del presupuesto por parte de FONAFE.				
Variables de medición	Todos los egresos de la institución Todos los ingresos de la institución				
Fórmula o método de cálculo	$(\text{Todos los Egresos} / \text{Todos los Ingresos}) - 1$				
Meta institucional	2017	2018	2019	2020	2021
	5.00%	3.50%	1.50%	0.75%	0.00%
Periodicidad de las mediciones (Órgano responsable)	Anual				
Fuente de datos	SAP				
Base de datos	SAP				
Periodicidad de reporte del indicador (a GCPP)	Anual				
Órgano responsable	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto / Gerencia de Presupuesto				
Órganos involucrados	Todos los OODC y OODD				

Anexo 7: Flujograma de atención de pacientes en Emergencias del Hospital Nacional Guillermo Almenara IRIGOYEN (2019)

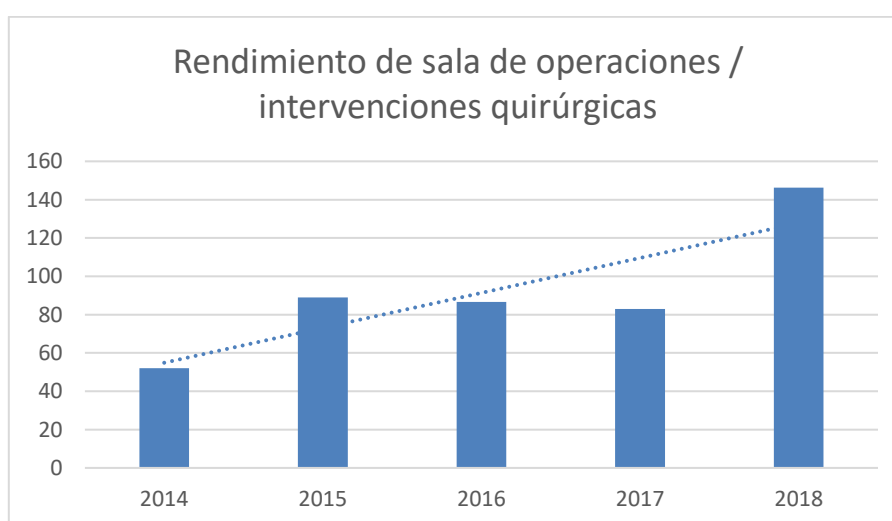
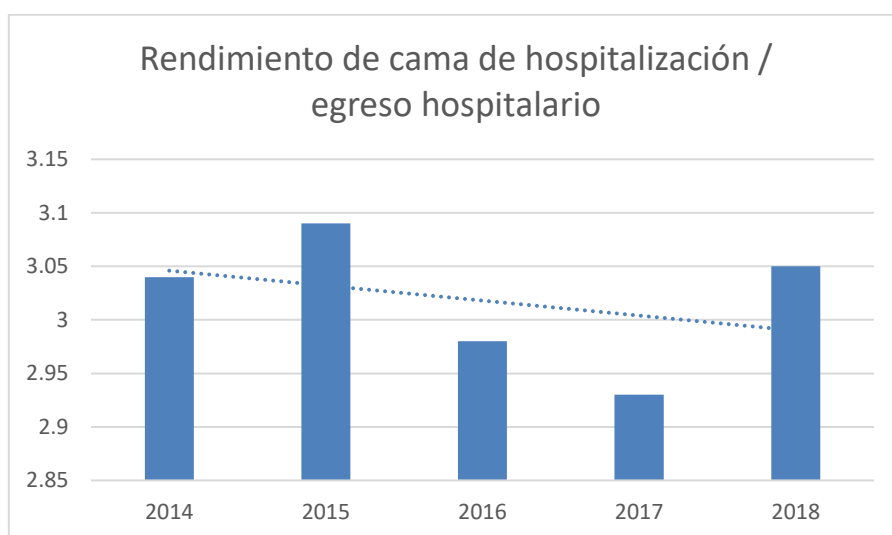
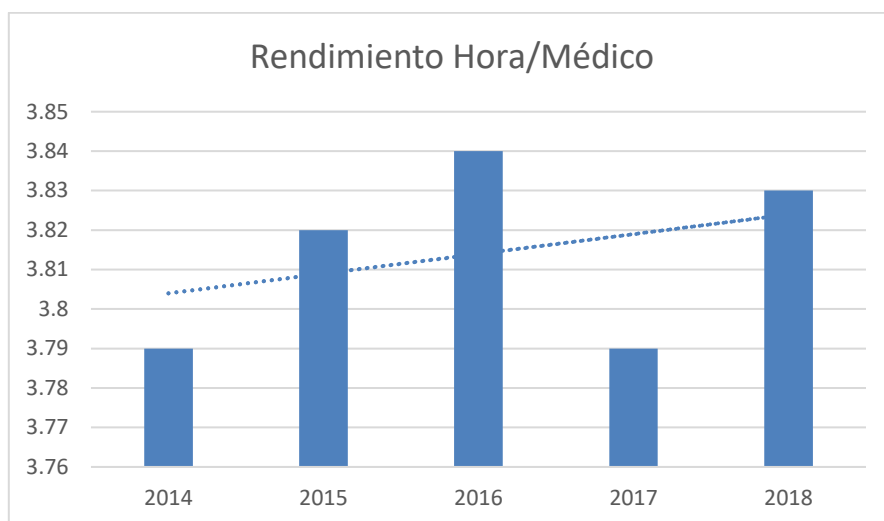


**GRAFICO Nro. 4: HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
FLUJO DE ATENCION DE PACIENTES EN EMERGENCIA**



Fuente: Hospital Nacional Guillermo Almenara. EsSalud. (2019)

Anexo 8: Tendencia de la eficiencia con indicadores de rendimiento



Anexo 9: Nomenclatura según el objeto del costo de Emergencias en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

Objeto de costo

Servicio

601013024 D. Emergencia	Emergencia
601013170 S. Emergencia Nº 1	Emergencia
601013171 S. Emergencia Nº 2	Emergencia
601230700 Emergencia Adultos	Emergencia
601230707 Emerg. Adultos - S. Observac. Medicina	Emergencia
601230708 Emerg. Adultos - Shock Trauma	Emergencia
601231000 Emergencia Pediátrica	Emergencia
0601CLC000 DEP. EMERGENCIA	Emergencia
0601CLC010 SERV. EMERGENCIA I	Emergencia
P0601470016 At. Emergencia - Emergencia	Emergencia
P0601470017 At. Sala Obs. - Emergencia	Emergencia
601013024 D. Emergencia	Emergencia
601013170 S. Emergencia Nº 1	Emergencia
601013171 S. Emergencia Nº 2	Emergencia
601230700 Emergencia Adultos	Emergencia
601230707 Emerg. Adultos - S. Observac. Medicina	Emergencia
601230708 Emerg. Adultos - Shock Trauma	Emergencia
601230710 Emerg. Adultos - Tópico Enfermería	Emergencia
601230713 Emerg. Adultos - Tópico de Traumatolog.	Emergencia

601231002	Emerg. Pediat. - Sala de Observación	Emergencia
0601CLC010	SERV. EMERGENCIA I	Emergencia
0601CLC020	SERV. EMERGENCIA II	Emergencia
P0601470016	At. Emergencia - Emergencia	Emergencia
P0601470017	At. Sala Obs. - Emergencia	Emergencia
601013024	D. Emergencia	Emergencia
601013170	S. Emergencia N° 1	Emergencia
601013171	S. Emergencia N° 2	Emergencia
601230700	Emergencia Adultos	Emergencia
601230708	Emerg. Adultos - Shock Trauma	Emergencia
601230710	Emerg. Adultos - Tópico Enfermería	Emergencia
601231000	Emergencia Pediátrica	Emergencia
P0601470016	At. Emergencia - Emergencia	Emergencia
P0601470017	At. Sala Obs. - Emergencia	Emergencia
601013024	D. Emergencia	Emergencia
601013170	S. Emergencia N° 1	Emergencia
601013171	S. Emergencia N° 2	Emergencia
601230700	Emergencia Adultos	Emergencia
601230711	Emerg. Adultos - Tópico de Gineco Obst.	Emergencia
601231000	Emergencia Pediátrica	Emergencia
P0601470016	At. Emergencia - Emergencia	Emergencia

P0601470017 At. Sala Obs. - Emergencia	Emergencia
601013024 D. Emergencia	Emergencia
601013170 S. Emergencia N° 1	Emergencia
601013171 S. Emergencia N° 2	Emergencia
601230700 Emergencia Adultos	Emergencia
601230705 Emerg. Adultos - S. Observac. Cirugía	Emergencia
601230709 Emerg. Adultos - Tópico de Cirugía	Emergencia
601230710 Emerg. Adultos - Tópico Enfermería	Emergencia
P0601470016 At. Emergencia - Emergencia	Emergencia
P0601470017 At. Sala Obs. - Emergencia	Emergencia
601013024 D. Emergencia	Emergencia
601013170 Servicio de Emergencia I	Emergencia
601013171 Servicio de Emergencia II	Emergencia
601230711 Emerg. Adultos - Tópico de Gineco Obst..	Emergencia
601231000 Emergencia Pediátrica	Emergencia
601231002 Emerg. Pediat. - Sala de Observación	Emergencia
P0601470016 At. Emergencia - Emergencia	Emergencia
P0601470017 At. Sala Obs. - Emergencia	Emergencia

Fuente: Oficina de Tesorería y Contabilidad del Hospital Almenara

Anexo 10: Atenciones según prioridad (2014) y costos operativos (2014-2018) y del Departamento de Emergencia del HGA

H. ALMENARA: ATENCIONES DE EMERGENCIA SEGÚN PRIORIDAD, 2014

PRIORIDAD	ENERO	FEB	MARZO	ABR	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SETI	OCT	NOV	DIC	TOTAL	%	PROMEDIO MESUAL
PRIORIDAD I	246	329	259	222	221	251	338	323	333	268	249	325	3,364	2.7%	280
PRIORIDAD II	7,802	7,280	7,635	7,175	8,264	8,058	7,634	7,537	7,226	7,265	7,321	7,790	90,987	73.1%	7,582
PRIORIDAD III	2,244	2,109	2,610	2,512	1,795	2,264	2,815	2,501	2,760	2,811	3,003	2,263	29,687	23.8%	2,474
PRIORIDAD IV	41	71	62	28	32	60	41	78	33	13	25	19	503	0.4%	42
TOTAL	10,333	9,789	10,566	9,937	10,312	10,633	10,828	10,439	10,352	10,357	10,598	10,397	124,541	100%	10,378
Fuentes:															
- SGH/EMER5700 (Atenciones de Urgencia y Emergencia según Tópico y Caso).															
- Archivo Base mensual de Emergencias.															
Lic. Rosa Guerra / Jueves 15 de Enero del 2015.															

Fuente: Unidad de Estadística Red Asistencial Almenara EsSalud (2014)

Anexo 11: Costos fijos y variables.

Año	CF: Cotos Fijos	CV: Costos Variables		CT = CF + CV
	Remuneraciones	Bienes	Servicios	Costo Total
2014	12,990,128.47	6,614,642.22	2,108,221.27	21,712,991.96
2015	12,574,086.42	7,183,050.37	1,543,697.78	21,300,834.57
2016	12,688,441.88	7,393,554.87	961,812.39	21,043,809.14
2017	12,136,038.08	9,298,793.67	985,995.71	22,420,827.46
2018	12,784,799.00	12,655,670.00	738,351.00	26,178,820.00
Total	72,662,105.54	48,022,610.82	7,518,428.25	112,657,283.13

Fuente: **Oficina de Tesorería y Contabilidad del Hospital Almenara**

**ANEXO 11. VISTA FRONTAL DE INFRAESTRUCTURA DE ACTUAL
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HNGAI**

